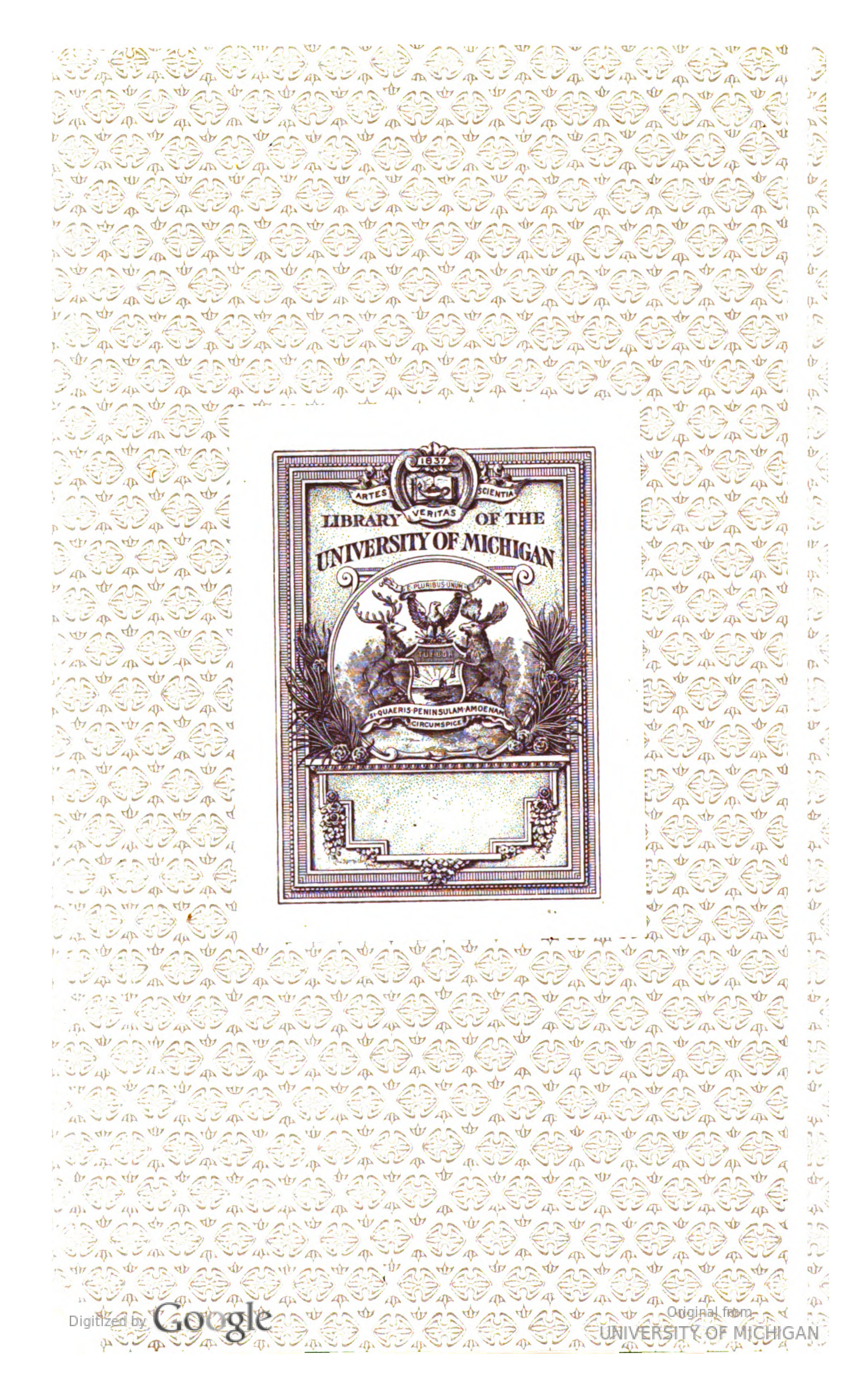

Digitized by Google
Original from
UNIVERSITY OF MICHIGAN


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

# MEDICINISCH-CHIRURGISCHE

# RUNDSCHAU.

ZEITSCHRIFT

FÜR DIE

## GESAMMTE PRAKTISCHE HEILKUNDE.

Unter Mitwirkung der Herren

Dr. Joh. Baaz (Graz), Dr. Freih. v. Buschman (Wien), Prof. Eppinger (Graz), Prof. A. Eulenburg (Berlin), Docent Finger (Wien), Prof. Glax (Graz-Abbazia), Docent Grünfeld (Wien), Oberstabsarzt a. D. Dr. Hastreiter (Strassburg), San.-R. Dr. Hausmann (Meran), San.-R. Dr. Emerich Hertzka (Carlsbad), Dr. Hönigsberg (Gleichenberg), Prof. Th. Husemann (Göttingen), Dr. Jadassohn (Breslau), Prof. Kaposi (Wien), Dr. J. Karlinski, k. k. Bezirksarzt (Stolac, Herzegowina), Prof. E. H. Kisch (Prag-Marienbad), Prof. Kleinwächter (Czernowitz), San.-R. Dr. Knauthe (Dresden), Docent C. Kopp (München), Prof. Kratter (Graz), Dr. H. Levy (Breslau), Docent E. Lewy (Wien), Hofrath Prof. E. Ludwig (Wien), Dr. L. Mendl (Fünfkirchen), Geh. Reg.-Rath Prof. Mikulicz (Breslau), Prof. A. Neisser (Breslau), Prof. Obersteiner (Wien), Dr. J. Offer (Hall in Tirol), Dr. Ignaz Purjesz (Budapest), Prof. v. Reuss (Wien), Hofrath Dr. Rochelt (Meran), Prof. Fr. Schauta (Wien), Dr. M. T. Schnirer (Wien), Dr. Steigenberger (Budapest), Dr. Sterk (Wien-Marienbad), Dr. v. Swiecicki (Posen), Dr. Szenes (Budapest), Dr. C. Touton (Wiesbaden) u. A.

redigirt

von

**Prof. Dr. W. F. LOEBISCH**

an der k. k. Universität Innsbruck.

XXXIV. (Neue Folge XXIV.) Jahrgang (1893).

WIEN.

URBAN & SCHWARZENBERG,

I., Maximilianstrasse 4.



# Autoren-Verzeichniss.

**Jahrgang XXXIV. (Neue Folge XXIV.) 1893.**

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

## 1893.

### A.



### B.



### C.



### D.



**169999**













# Inhalts-Verzeichniss.

Jahrgang XXXIV. (Neue Folge XXIV.) 1893.

(Die Zahlen beziehen sich auf die Nummern der Aufsätze.)

**1893.**

A.





## B.











## F.



## G.





## H.





## I.













## M.





## N.







## O.



## P.





## R.

## S.





## T.





## U.



## V.



## W.





## Z.



# Kritische Besprechungen und Bücher-Anzeigen.







# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1. ***Ueber die scorbutische Erkrankung rhachitischer Säuglinge (Barlow'sche Krankheit).*** *Von* **O. Heubner.** *(Jahrb. f. Kinderhk. XXXIV, 4.)*

Verf. macht auf eine eigenthümliche Erkrankung des Säuglingsalters aufmerksam, von welcher bei uns noch wenig Notiz genommen worden und den meisten Praktikern überhaupt noch unbekannt ist. Er schildert das Krankheitsbild folgendermassen: Bei einem Kinde am Ende des Säuglingsalters im 10.—14. Monate, das angeblich bis vor einigen Wochen vollkommen gesund gewesen ist. entwickelt sich allmälig ein eigenthümlicher „Rheumatismus", der nun eine beängstigende Heftigkeit erreicht hat und bis nun allen antirheumatischen Mitteln getrotzt hat. Es besteht eine ungemein grosse Schmerzhaftigkeit, insbesondere der unteren Extremitäten selbst gegen die sanfteste Berührung. Während das Kind früher lustig Arme und Beine bewegte, liegt es nun ganz steif im Bette und erhebt ein klägliches Geschrei bei der zartesten Berührung. Schlaflosigkeit, profuse Schweisse, insbesondere am Kopfe, Fieberbewegungen und Appetitlosigkeit gesellen sich während des Verlaufes der Krankheit dazu. Man erfährt, dass das Kind nicht an der Brust, sondern anfangs bei Milch und sodann, wegen eingetretener Verdauungsstörung, bei einem Kindermehl aufgezogen wurde, oder es wurde wohl dem Kinde weiter Milch, jedoch nicht frische, sondern condensirte gereicht, was aber bis zum Beginn der Krankheit dem Kinde ganz wohl bekam. Bei der Untersuchung des vielleicht ganz gut entwickelten und nur erheblich blassen Kindes findet man mässig stark entwickelte Rhachitis. Ferner findet man, dass der eigentliche Sitz der Schmerzhaftigkeit nicht in den Gelenken, weder dem Fuss-, noch dem Kniegelenke, sondern in den Diaphysen, also den Knochen des Ober- und Unterschenkels sich befindet. Diese Theile zeigen auch eine leichte Auftreibung. Dieselben Verhältnisse kommen in leichterem Grade an den oberen Extremitäten, namentlich den Radien, auch vor. Hierzu kommt jedoch noch e i n Symptom, das zumeist übersehen wird: das Kind blutet seit einigen Wochen ab und zu ein wenig aus dem Munde. Die Ursache dieser Blutung findet man bald in der schwammigen Consistenz des Zahnfleisches, der bereits durchgebrochenen oder nahe zum Durchbruche befindlichen Zähne, das bei der leisesten Berührung blutet. Von anderen Beobachtern wurden auch blaue Flecke und Infiltrate der Haut beobachtet. Insbesondere auffallend ist eine ödematöse, hämorrhagische Anschwellung eines oder beider Augenlider und ein Hervorgedrängtsein der Augäpfel nach unten und vorwärts. Geringe Albumiurie und leichte

Fieberbewegungen kommen vor. Dieses Krankheitsbild wurde schon längst von *Möller* beobachtet und wurde von ihm und späteren Kinderärzten als acute Rhachitis bezeichnet. Das Phänomen an den Augenlidern und den Bulbis erklärte sich als die Folge von Blutergüssen zwischen Periost und Knochen an dem Dache der Orbita. *Cheadle* und insbesondere *Barlow* bezeichnete sie als Scorbut mit dem Zusammentreffen von Rhachitis und während *Cheadle* die Ursache der Erkrankung angab, nämlich den Mangel von frischer Nahrung, studirte *Barlow* die anatomische Grundlage derselben. Die oben geschilderten Knochensymptome, sagte er, seien durch einen hämorrhagischen Process bedingt, der in den tieferen Muskelschichten der Oberschenkel und insbesondere zwischen Periost und Knochen und in dem Knochen selbst sich abspielt. Durch diese Hämorrhagien wird das Periost in grosser Ausdehnung abgehoben, es kommt dadurch zu Ernährungsstörungen im Knochen, er wird necrotisch, brüchig. *Barlow* fand auch Blutungen in den Lungen, der Milz und Leber. Verf. selbst ist geneigt, das Leiden als eine eigenthümliche Mischerkrankung von Scorbut und Rhachitis zu betrachten. Als ätiologisches Moment gibt er die fehlerhafte Ernährung, d. h. das Fehlen frischer Nahrungsmittel an. Die Krankheit kam in den. beobachteten Fällen nicht allein bei den Kindern armer Leute vor, sehr oft auch bei Kindern wohlhabender Leute, die aber die Mutter- oder Ammenbrust entbehrt haben und dafür mit Kindermehlen oder Milchpräparaten und nicht mit frischer Milch ernährt wurden. Die Kinder armer Leute werden sogar seltener von dieser Krankheit befallen, weil sie früher, als die besser behüteten Kinder an die Hauskost, also frische Nahrung, herangezogen werden. In der Mehrzahl der Fälle geht die Krankheit in Genesung über, indess sind dennoch eine Anzahl Todesfälle beobachtet worden. Jedenfalls erstreckt sich das Leiden, wenn es nicht behandelt wird, auf viele Monate hin, so dass es dadurch allein die Kräfte des kleinen Patienten herabbringt und durch Complicationen verhängnissvoll werden kann. Die Therapie ist nach dem Gesagten eine ebenso sichere als einfache. Abschaffung der Mehl- und künstlichen Milchpräparate, dafür frische Milch, täglich einige Kaffeelöffel frisch ausgepressten Fleischsaft mit etwas Malaga- oder Ungarwein, Fruchtsaft, Apfelsinensaft oder Apfelmus 2—3 Kaffeelöffel täglich, Kalbsbrühe, Hühnersuppe und durch das Sieb geschlagenes breiförmiges Gemüse (Kartoffelmus, Spinat, Möhrenbrei). Auf die schmerzhaften Glieder gebe man *Priessnitz*'sche Umschläge oder bei Epiphysenlösungen feste Verbände. Die Heilung erfolgt sodann in wenigen Wochen.

Dr. *G. Steigenberger*, Budapest.

2. ***Fall von Solitärtuberkel im Rindencentrum für den Nervus facialis.*** *Von* ***S. A. Pfannenstill****, Stockholm. (Hygiea. 1892, Oct., pag. 292.)*

Pathologische Processe im Gehirn, die für die Localisationslehre verwerthbar sind, insofern es sich um den Verlust einer einzigen Function handelt, müssen sehr geringe Ausdehnung besitzen, so dass die Functionsstörungen nicht etwa auf den auf die benachbarten Partien ausgeübten Druck bezogen werden können. Auch darf die unter der Rindenschicht belegene weisse Substanz



möglichst intact sein, so dass Schädigung oder Unterbrechung der in der weissen Hirnsubstanz enthaltenen Leitungsbahnen von den Nervenzellen zu den peripheren Theilen des Körpers ausgeschlossen ist. Ein für die Bestimmung des Sitzes für das motorische Centrum des unteren Gebietes des Nervus facialis wichtiger Fall, in welchem Druck einerseits und Schädigung der Leitung mit Sicherheit ausgeschlossen sind, ist vom Verf. aus dem Allgemeinen Kinderhause von Stockholm berichtet. Hier stellte sich bei einem an Hauttuberculose und verschiedenen anderen tuberculösen Affectionen in Leber, Lunge, Milz und Darm leidenden linksseitige Lähmung der von den unteren Zweigen des Facialis versorgten Gesichtsmuskeln ein, während die obere Partie nicht betroffen war, so dass von Prof. *Medin* die Diagnose auf Läsion des Rindencentrums des Facialis gestellt wurde. Diese Diagnose wurde später durch die Section sichergestellt, indem sich im hinteren rechten Centralgyrus ein haselnussgrosser solitärer Tuberkel fand, während die sonst noch vorhandenen Tuberkel im Cuneus, im Thalamus opticus und am unteren Horne des Seitenventrikels für die Facialislähmung ohne Bedeutung sind. Bekanntlich haben *Charcot* und *Pitres* zuerst die Lage des Facialiscentrums in den unteren Theil des vorderen Centralgyrus verlegt, sind aber später zu der auch von *Nothnagel* vertretenen Anschauung gelangt, dass die unteren Theile beider Centralgyri selten in Frage kommen. In dem Stockholmer Falle lag die wenig über das Niveau der umgebenden Hirnwindung hervorragende, in der Farbe wenig abweichende, aber härtere und in der Mitte Zeichen käsigen Zerfalls zeigende Geschwulst sozusagen in der Fissura Rolandi, doch war der vordere Centralgyrus vollkommen intact. *Husemann.*

3. ***Ueber Myocarditis.*** *Von **Neelsèn**. Vortrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. (Jahresbericht der Gesellschaft. 1891/92, pag. 77.)*

Mit dem Namen chronische Myocarditis bezeichnet die pathologische Anatomie den Zustand des Herzens, bei welchem die Musculatur desselben in mehr oder weniger grosser Ausdehnung durch derbes, gelbweisses oder grauweisses Bindegewebe ersetzt ist. Das Herz ist dabei entweder hypertrophisch oder atrophisch in seiner Musculatur oder normal. Die Atrophie ist seltener. Das Muskelfleisch ist bald von normaler Färbung, bald erscheint es verfettet oder braun atrophisch. Verf. fand diese Herzveränderung unter den im Dresdener Krankenhause gemachten Sectionen in etwa 2 Procent aller Fälle, glaubt aber nach den Erfahrungen bei Privatsectionen, dass die Krankheit thatsächlich viel häufiger ist und deshalb im Krankenhause seltener gefunden wird, weil die am häufigsten befallenen Kranken mittleren und höheren Gesellschaftsclassen angehören, die das Krankenhaus nicht aufsuchen. Diese Schwielenbildung entsteht nun 1. in einer jedoch nur sehr beschränkten Anzahl von Fällen entweder auf Grund einer primären chronischen Bindegewebsentzündung oder von primären parenchymatösen Entzündungen des Muskelfleisches, denen dann secundär Bindegewebswucherungen folgen, analog der Bindegewebsneubildung bei der Lebercirrhose und der Schrumpfniere. Dies war auch die ältere Auffassung der pathologischen Anatomie für alle Fälle. In diese

1*

Gruppe gehören die seltenen gummösen Schwielen des Herzens, welche sich in Folge einer primär im Bindegewebe auftretenden Entzündung mit secundärem Schwund der Musculatur ausbilden; ferner die ebenso seltenen Fälle geheilter eiteriger Myocarditis, die meist mit Endocarditis der Klappen combinirt sind; endlich sind auch die Schwielen, die man im Anschluss an überstandene Scarlatina, Diphtherie und andere Infectionskrankheiten sich entwickeln sieht, auf primäre interstitielle myocarditische Herde zurückzuführen; während eine andere Zahl dieser Fälle ursprünglich bedingt ist durch parenchymatöse Entzündungen des Herzmuskels, die bei den genannten Krankheiten so häufig vorkommen und sich theils als Herde trüber Schwellung, theils als circumscripte Verfettungen, theils als wirkliche kleine Necrosen darstellen; ähnliche Affectionen können auch die chronische Alkoholvergiftung und wahrscheinlich auch die Malaria hervorrufen. In der Mehrzahl, mindestens zwei Drittel aller Fälle, ist die Schwielenbildung aber nicht Folge einer Entzündung, sondern 2. das Product ischämischer Herde, echter Infarcte, welche in Folge von Atheromatose und Verengerung oder vollständiger Obliteration der Coronararterien auftreten. — Die schwielige Bindegewebswucherung, wenn auch das Endproduct eines abgelaufenen Processes, hat immer die Tendenz, sich langsam weiter auszubreiten, mögen die Ursachen noch vorhanden sein oder nicht, weil die Schwielen die benachbarten Muskelfasern in ihrer Contraction behindern, atrophiren und der dadurch entstandene Raum durch Vacatwucherung des Bindegewebes ausgefüllt wird. Rascher schreitet die Schwielenbildung fort, wenn das sich contrahirende Narbengewebe grössere Gefässstämme des Herzfleisches comprimirt und dadurch an entfernteren Stellen desselben locale Anämien erzeugt. — Das wesentlichste Symptom der schwieligen Myocarditis ist Schwäche der Herzkraft, bedingt durch Verlust an contractilem Gewebe und häufig auch Arhythmie des Pulses, wegen der veränderten und oft wechselnden Reizbarkeit des geschwächten Muskels, stenocardische Anfälle sind nicht auf die Schwielenbildung, sondern auf die dieselbe veranlassende Atheromatose der Coronararterien zu beziehen. Therapeutisch dürfte durch vermehrte Ernährung des Herzens und durch Uebung (Trainiren) wenig zu erreichen sein, vielmehr das Hauptgewicht auf Ruhe und Beruhigung der Herzthätigkeit durch Medicamente gelegt werden müssen. *Knauthe.*

4. ***Ueber Albuminurie.*** *Von* ***Bouchard.*** *(La Méd. moderne. 1892. 15. September.)*

In der Académie de médecine hielt am 13. September Verf. einen Vortrag über Albuminurie, aus welchem wir nur einzelne beachtenswerthe Bemerkungen des bekannten Klinikers reproduciren wollen. Vor Allem beruft er sich darauf, dass er schon früher nachgewiesen habe, dass die nephritischen Symptome zumeist Autointoxicationserscheinungen sind, so unter Anderem die Pupillenverengerung, die nicht eintritt, wenn einem Kaninchen nephritischer Harn injicirt wird. Diese Autointoxication ist durch das Zurückhalten der sonst zur Ausscheidung gelangenden toxischen Harnbestandtheile begründet. Der entleerte Harn Nephritischer ist weniger toxisch, als Harn gesunder Menschen. Es gibt Albu-



minurien die den Beginn von bald folgenden schweren chronischen, urämischen etc. Erscheinungen andeuten. Diese sind zunächst renalen Ursprunges, denn alle anderen Albuminurien sind nicht von so schweren Folgen begleitet. So ist z. B. die Albuminurie bei Hautkrankheiten durch Verbrennung oder Anwendung stärkerer Hautreize auf einer grösseren Hautfläche nur als einfache Nierenreizung anzusehen. So haben auch die Albuminurien, auf Ernährungsstörungen beruhend, wie bei Diabetes, Arthritis, Obesitas etc., nicht jene deletäre Bedeutung, wenn nur nicht mit Nephritis complicirt, was indessen selten der Fall ist. Die dyspeptische Albuminurie ist eine sehr häufige bei Dyspeptischen mit Dilat. ventr. und lässt oft bei deren langer Dauer und Intensität ein Nierenleiden vermuthen, ist aber zumeist sehr wechselnd, nach den dyspeptischen Beschwerden, und verliert sich zumeist früher als die Dyspepsie, als veranlassende Ursache. Die hepatische Albuminurie wurde 1876 von *Murchison* bekannt gemacht. Die intermittirende Albuminurie hat insoferne ein grosses Interesse, als alle Albuminurien intermittirend sind, bis auf die renalen Ursprunges, mit wenigen Ausnahmen. Von einer eigentlichen Albuminurie-Therapie kann keine Rede sein, da nicht die Albuminurie, sondern die Grundkrankheit behandelt werden muss. Die Milchdiät hat insoferne eine Bedeutung, als bei derselben weniger Toxine im Organismus gebildet werden und zur Ausscheidung gelangen.

Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

5. ***Ein Fall von Leberabscess.*** *Von Prof. **A. Fränkel.** Sitzungsber. d. Berliner med. Gesellsch. — (Allg. Central-Ztg. 1892. 93.)*

Man kann die Leberabscesse eintheilen in solitäre und multiple die Hauptätiologie der bei uns vorkommenden Erkrankungsform sind Gallensteine, Pylephlebitis und vereiternde Echinococcen. Alle drei Affectionen rufen häufiger einen multiplen als solitären Abscess hervor, ein Umstand, der sehr erschwerend für den chirurgischen Eingriff ist, denn einen Erfolg kann man chirurgisch nur bei dem solitären Abscesse erwarten. Die Krankengeschichte betrifft eine 42jährige Frau, welche schon seit mehreren Jahren über Schmerzen in der Lebergegend klagte. 3 Wochen vor ihrer Aufnahme erkrankte sie an einem heftigen Icterus und 3 Tage vor ihrem Eintritt in das Krankenhaus traten tägliche Schüttelfröste hinzu; sie war ausserordentlich icterisch, somnolent und schwer aus diesem Zustande zu erwecken. Die Leber war nicht sehr vergrössert, doch konnte man an der hinteren Thoraxwand eine für den Leberabscess charakteristische Dämpfungsfigur nachweisen. Wiederholte Punctionen ergaben ein negatives Resultat, nur einmal wurden einige Cubikcentimeter einer bräunlichen Flüssigkeit entleert, welche Hämatinkrystalle enthielten. Patientin starb 7 Tage nach ihrer Aufnahme. Die Diagnose wurde auf Gallensteine und dadurch bedingten Leberabscess gestellt — doch wurde die Möglichkeit offen gelassen, dass auch eine Pylephlebitis die Abscedirung veranlasst habe; die Section ergab, dass sowohl Gallensteine als Pylephlebitis vorlagen. Das Mesocolon war mit dem unteren Leberrand verlöthet und bei dem Trennen beider Theile quoll eine Menge Eiter vor; es bestand eine eiterige Cholangitis; im Ductus choledochus befanden sich 2 mandelgrosse Steine; ausserdem bestand



ein subphrenischer Abscess, der jedoch intra vitam nicht erkannt worden war; die Provenienz der Pylephlebitis war unklar. Allerdings befand sich im Becken noch eine Salpingitis, ob diese aber mit dem Leberabscess im Zusammenhang stand, ist schwer zu sagen. (Die Leser der Med.-chir. Rundschau möchte ich auf den im 23. Heft, 1892, erschienenen Aufsatz *Ewald's*: „Ueber einen Fall von Pylephlebitis suppurativa" behufs Vergleiches beider Fälle, aufmerksam machen; dort zeigte das Ileocöcum einen alten perityphlitischen Process, mit dem der perforirte Processus vermiformis in Verbindung stand; von hier war der eiterige Process durch die V. mesenterica sup. in die Pfortader übergegangen. Auch in *Fränkel's* Fall möchte ich die Ursache in der Salpingitis suchen. Ref.)

*Hertzka,* Karlsbad.

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

6. ***Die neue Diät für den Gesunden und für den Dyspeptischen.*** *Von Prof. **Germain Sée.** Vortrag in d. Pariser Akad. d. Med. Sitzung. (Deutsche Med.-Ztg. 1892.)*

Nach alten Daten setzt sich die tägliche Ration zusammen aus:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 118 | Grm. | Albuminate . . . | = 540 Calorien |
| 40 | „ | Fett . . . . . . | = 440 „ |
| 350—450 | „ | Kohlehydrate . . . | = 1845 „ |
| | | | = 2825 Calorien, |

nach heutigen Ansichten kann jedoch die Eiweissdosis auf die Hälfte reducirt werden:

| | | | |
|---|---|---|---|
| 60—70 | Grm. | Albuminate . . . | = 278 Calorien |
| 60 | „ | Fett . . . . . . . | = 567 „ |
| 494 | „ | Kohlehydrate . . . | = 2062 „ |
| | | | = 2866 Calorien. |

Diese Eiweissration genügt vollständig zum Ersatz der Gewebe. Am geeignetsten ist Hühnereiweiss, Blutfibrin, Caseïn. Die Pflanzenalbumine, Legumine, Glutene haben fast denselben Werth. Peptone haben nur einen Hilfswerth und sind nicht direct nahrhaft. Die Proteide, d. h. Hämoglobin, die Nucleoalbumine, die Mucine, die Nucleine spalten sich und bilden sehr verschiedene Producte. Die Anforderungen, die an eine Substanz gestellt werden müssen, die als nahrhaft gelten soll, sind folgende: hoher thermogener Werth, Fähigkeit, Geschmack und Hunger zu befriedigen, ohne zu schnell das Gefühl der Sättigung hervorzurufen, leichte Assimilirbarkeit vom Magen und Darm aus. Die Ausnützung der Nahrungsmittel im Darm entspricht nicht genau ihrer gastrischen Verdaulichkeit. Die am vollständigsten assimilirbaren und resorbirbaren sind: Fleisch, Eier, Milch, gut gekochtes Zellengewebe, zuweilen auch weiche Brotkrumen. Die Darmverdauung kann bei Magenkrankheiten nur bei gut zerkleinerter Nahrung wirken. Auch darf der Darm seinen Inhalt nicht zu schnell eliminiren, da dann keine Verdauung und Resorption möglich ist. Im letzteren Falle (Diarrhoe, Ulcera) ist vor Allem zunächst der Darm zu heilen.

*Hertzka,* Karlsbad.

7. ***Ueber die Bedeutung der Antisepsis im Munde.*** *Von Dr.* ***Hugo Dellevie,*** *Hamburg. (Deutsche Med.-Ztg. 1892.)*

Um die Bedeutung der Antisepsis der Mundhöhle sowohl für Pflege derselben als für die im Munde vorzunehmenden Operationen in das rechte Licht zu setzen, gibt Verf. eine Uebersicht über die bisher dort gefundenen Mikroorganismen, welche bereits die stattliche Zahl von über 100 erreicht haben. Er beschreibt dann einen noch unbekannten Streptococcus, den er selbst gefunden, gezüchtet und sorgfältig beobachtet hat. Derselbe erwies sich bei Thierversuchen als sehr virulent und besitzt gegen die meisten Antiseptica eine höhere Widerstandskraft als die grösste Zahl der übrigen Mikroorganismen. Pneumoniecoccen sind vielfach auch im Speichel gesunder Personen gefunden worden; mit grosser Regelmässigkeit sind sie im Speichel Pneumoniekranker vorhanden, auch während der Reconvalescenz und in sehr vielen Fällen noch lange nach dem Ablauf der Krankheit. Man muss annehmen, dass das Vorhandensein dieser Mikroorganismen in der Mundhöhle nur so lange unschädlich bleibt, als der Träger ein vollständig intactes Lungengewebe besitzt. Sobald jedoch durch irgend welche Schädlichkeit die Resistenzfähigkeit des Lungengewebes herabgesetzt ist, wird der Coccus daselbst seine deletären Wirkungen entfalten. Doch auch in den Lymphbahnen kann er sich verbreiten und wird deshalb oft in den von ihm verursachten Abscessen in der Umgebung der Zähne und selbst in denen des Processus mastoideus häufig gefunden. Derselbe Coccus ist von einigen Forschern bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis im Gehirn, von anderen bei Endocarditis ulcerosa im Herzen und bei Parotitis in der Speicheldrüse gefunden worden. Der im gesunden Speichel gefundene Mikrococcus tetragenus ist auch in phthisischen Cavernen und in Unterkieferabscessen gefunden worden. Die ubiquitären Staphylococcus pyogenes kommen auch fast stets in der Mundhöhle vor und ihnen verdankt der Speichel seine eitererregenden Eigenschaften. Verf. theilt die interessante Thatsache mit, dass caledonische Sträflinge vielfach diese Eigenthümlichkeit benützen, indem sie sich Zahndetritus unter die Haut bringen, um so Abscesse zu erzeugen, welche sie für längere Zeit arbeitsunfähig machen. Es ist selbstverständlich, dass auch ohne Zuthun der Patienten selbst eiterige Processe in der Nähe der Mundhöhle und in dieser selbst durch die genannten Mikroben erzeugt werden können. Ebenso können dieselben zu allgemeiner Septicämie und pyämischen metastatischen Abscessen Veranlassung geben. Ausführlich werden eine grössere Anzahl von Fällen von Osteomyelitis mandibulae inferioris und schwerer Phlegmone der Halsgegend mitgetheilt, welche in jüngster Zeit publicirt wurden; auch die infectiöse Pharynxphlegmone zieht er in den Kreis seiner Betrachtungen. Der Speichel Syphilitischer kann in Folge von Küssen, von Bisswunden, Aussaugen der Wunden bei der rituellen Circumcision, Benetzen der Augen oder Tätowirstichen mit demselben die Krankheit übertragen. Durch dieselben Gelegenheitsursachen hat auch vielfach die Uebertragung der Tuberculose stattgefunden. Vervollständigt wird das Sündenregister der Mundflüssigkeiten durch einige Mittheilungen über Diphtheritis und Actinomycosis, Soor und Influenza. Aus allen diesen Ursachen



ist eine sorgfältige Pflege und Reinhaltung der Mundhöhle sowohl prophylactisch als therapeutisch zu empfehlen. Nach seinen Versuchen eignen sich für diese Zwecke, weil für die Zahnsubstanz unschädlich, Sublimatlösungen 1:1500, $\beta$-Naphthol 1:1000, Thymol 1:1000, Salicyl 1:350, Saccharin 1:250, Benzoesäure 1:100. Den Zahnärzten wird dringend die sorgfältige Desinfection ihrer Instrumentarien empfohlen.

8. ***Zur Ernährung der Typhuskranken.*** *Von Prof.* ***P. Fürbringer.*** *(Zeitschr. f. Krankenpflege. 1892. October. — Oest.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 25.)*

Verf. stimmt ohne Vorbehalt der Ansicht zu, dass man sich während des fieberhaften Stadiums des Typhus auf flüssige Diät beschränken und von der Darreichung des Fleisches Abstand nehmen müsse. Freilich leitet ihn dabei nicht die Furcht vor einer drohenden Darmperforation — eine Furcht, die in praxi kaum je gerechtfertigt sein dürfte —, sondern die Erfahrung, dass sich die Kranken bei Diätfehlern den Magen verderben, und in der Hauptsache, dass die Fiebercurve dabei wieder ansteigt. Die flüssige Diät kann bei richtigem Arrangement sehr viel leisten; insbesondere betont Verf. den hohen Nährwerth der eiweissreichen Leguminosensuppen und empfiehlt das unter dem Namen der *Liebe*schen Leguminose gehende Kraftsuppenmehl in Verbindung mit Fleischbrühe und Eigelb als ein ungemein kräftiges, leicht verdauliches und flüssiges Nährmittel. — Ein viel umstrittenes Gebiet der diätetischen Behandlung bilden die Fälle, bei denen trotz Rückganges der Darmerscheinungen das Fieber nicht nachhaltig absinkt, wo lentescirende Entzündungen innerer Organe, Decubitus u. A. als Erklärungsursachen des Fiebers herhalten müssen. In solchen Fällen plaidirt Verf. energisch für die vorsichtige Einschiebung von Fleisch in den verschiedensten zarten Zubereitungen in die Diät, ebenso von Weissbrot, Cakes u. dergl. m. Zeigt es sich, dass die Curve ebensowenig wie der Allgemeinzustand dadurch ungünstig beeinflusst wird, so kann man sorgsam Schritt für Schritt weitergehen und trotz der Fortdauer des Fiebers die Kranken ähnlich nähren, wie etwa Phthisiker. Machen sich aber unliebsame Störungen bemerkbar, die in dem Ansteigen der Temperaturcurve ihren bedrohlichen Ausdruck finden, so muss dieses Regime verlassen und zur strengen Typhusdiät zurückgekehrt werden.

9. ***Behandlung der Bleivergiftung mit dem constanten Strom.*** *Von Prof.* ***Semmola.*** *(Le Bull. méd. 1892. — Med. Neuigkeiten. 1892. 46.)*

Auf Grund von fortgesetzten Studien über die physiologische Wirkung des constanten Stromes, welchen Verf. zur Steigerung des Stoffwechsels und der Ausscheidung anwandte, kam er auf den Gedanken, den constanten Strom auf die centralen Nervenganglien einwirken zu lassen, um das im Körper von Bleivergifteten enthaltene Blei zur Ausscheidung zu bringen. Er brachte während der ersten Hälfte der Sitzung den positiven Pol an die Zunge und den negativen Pol an die Magengrube. Während des zweiten Theiles der Sitzung bewegte er den positiven Pol zu den Seiten der Wirbelsäule, den negativen setzte er auf das Abdomen. Die



Dauer jeder Sitzung, welche Morgens vorgenommen wurde, schwankte von 10—15 Minuten. Die Kranken ertrugen den sehr starken Strom (von 100—130 Milliampères) ganz gut. Die ersten Kranken litten an Koliken und bedeutenden Muskelatrophien der Hände und Finger; es bestand ein charakteristischer Zahnfleischsaum und der Gesammteindruck war der der Cachexie mit offenbarer Anämie der Schleimhäute. Die vor Beginn der Behandlung vorgenommene Urinuntersuchung ergab keine Spur von Blei. Nach 3—4 Tagen der Behandlung bemerkte man allmälig Spuren von Blei im Urin und diese Menge nahm in den ersten vier Wochen ständig zu. Am Ende der dritten Woche war der Zahnfleischsaum verschwunden und die Ernährung der atrophirten Muskeln beträchtlich gebessert. Nach einer Dauer der Behandlung von 3—4 Monaten waren die 6 Kranken, welche derselben unterzogen worden waren, sämmtlich geheilt. Verf. veröffentlichte die mit dieser Methode erzielten Resultate in der „Gazette de hôpitaux" vom 10. April 1877. Seine Untersuchungen wurden in Italien von *Serafini*-Padua bestätigt, welcher drei neue Fälle von Heilung veröffentlichte, die er mit dieser Methode erzielt hatte. Auch Verf. setzte seine Untersuchungen in dieser Richtung fort, indem er sein Verfahren auf andere Erscheinungen von Bleivergiftung ausdehnte, und auf dem letzten „Congrès de thérapeutique" zu Paris theilte er seine neuesten Beobachtungen mit, nach welchen er seine früheren Ergebnisse bestätigt sah, aber die Nutzlosigkeit seiner Methode bei den Späterscheinungen der chronischen Bleivergiftung und insbesondere bei den damit zusammenhängenden Encephalopathien hervorhob. Seit dieser Zeit hat er seine Untersuchungen weitergeführt und 25 neue Kranke beobachtet, welche sich folgendermassen gruppiren: 1. 15 Fälle von einfacher Bleikolik und Lähmung der Streckmuskeln; 2. Cachectische Form mit Albuminurie verschiedenen Grades, aber ohne sichtbare Gefässstörungen, 18 Fälle; 3. Nervöse Form mit Encephalopathie, sowie Arteriosclerose und ihren Folgen, 2 Fälle. Verf. hat eine vollständige und dauernde Heilung in den Fällen der ersten Gruppe erzielt, bei der zweiten Gruppe eine wesentliche allgemeine Besserung mit Abnahme der Albuminurie, aber niemals vollständiges Verschwinden derselben, endlich gar kein nennenswerthes Resultat in den zwei letzten Fällen, welche tödtlichen Ausgang nahmen. Verf. wünscht durch seine Mittheilungen andere Untersucher zur Anwendung seiner Methode anzuregen und die grossen Vorzüge der Elektrotherapie in ihrer allgemeinen chemischen Wirkung auf den Stoffwechsel zu zeigen.

10. ***Welche Chininverbindungen sollen wir in der Therapie verwenden?*** *Von Dr.* ***Kersch.*** *(Memorabilien. XXXVI. 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 88.)*

Verf. bedauert, dass in letzter Zeit das Chinin von einer grossen Zahl neueingeführter Antipyretica verdrängt worden ist, so dass es fast nur noch bei Malaria ausschliesslich zur Anwendung kommt, und hofft, dass es auch wieder als Antipyreticum gebraucht werden wird. Von den in die Pharmakopoe aufgenommenen Salzen ist dasjenige das empfehlenswertheste, welches am leichtesten löslich ist, also das Chininum hydrochloricum, während das Chin. sulfur.



sehr schwer löslich ist; in Frage kommt ferner noch das saure Chin. bisulfur., welches noch leichter löslich ist, als das salzsaure Salz, aber einen viel geringeren Chiningehalt hat. Wenn früher die schwefelsauren Chininsalze wegen des billigeren Preises hauptsächlich in der Spital- und Armenpraxis angewandt wurden, so lässt sich dies heute nicht mehr rechtfertigen, da der Preisunterschied ein minimaler geworden ist. Ein weiterer Grund für die Bevorzugung des Chin. hydrochlor. ist nach Ansicht des Verf. der, dass die Salzsäure „dem Organismus homogener ist als die Schwefelsäure", welche wenig assimilirbar ist und bald nach der Aufnahme wieder ausgeschieden wird, während chlorwasserstoffsaure Salze stets in den Organismus aufgenommen werden, ja geradezu unentbehrlich sind. Daher glaubt auch Verf., dass die nach grossen Chinindosen häufig auftretenden Kolikschmerzen und Durchfälle nicht dem Chinin, sondern der Schwefelsäure zuzuschreiben sind; wenigstens hat er diese Darmerscheinungen nur nach Chin. sulf., nie nach Chin. hydrochlor. beobachtet; auch hören diese Symptome auf, sobald man das Chin. sulf. durch Chin. mur. ersetzt.

11. ***Ueber die pharmakologische Wirkung der Phenyldimethylpyrazolsulfosäure und die diuretische Wirkung des Antipyrins.*** *Von Dr.* ***Tappeiner****, München. (Arch. f. experim. Path. u. Pharm. 1892. Bd. XXX. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 89.)*

Thierversuche zeigen dem Verf. zunächst, dass die Phenyldimethylpyrazolsulfosäure bei Kaltblütern die Erregbarkeit des centralen Nervensystems, der peripheren Nerven, der quergestreiften Musculatur und des Herzens aufhebt, bei Warmblütern besonders die Centralorgane der Athmung und das Herz lähmt. Dies geschieht jedoch bei relativ hohen Gaben (Meerschweinchen 3·0, Kaninchen 5·0, Frosch 0·5), bei höheren Gaben, als das Phenyldimethylpyrazol verlangt; der Eintritt der Sulfosäuregruppe hat also hier die Giftigkeit beträchtlich vermindert. Es ist daher auch leicht möglich, mit dem Körper weitere pharmakologische Versuche anzustellen. Die Einwirkung auf die durch den „Wärmestich" in's Corpus striatum erhöhte Temperatur des Kaninchens war gering. Die diuretische Wirkung wurde an Kaninchen geprüft, die eine 24stündige Carenz durchgemacht hatten, und zwar mit einem eigens construirten Katheter: es zeigte sich, dass auch die diuretische Wirkung nicht wesentlich war, sehr viel geringer als die der Phenylmethylpyrazolcarbonsäure und des mit jenen Pyrazolen verwandten Phenyldimethylpyrazolon = Antipyrin. Dasselbe erzielte einen Ueberschuss von 1·2—2·4 Ccm. für 100 Grm. Körpergewicht, bei Kaninchen vermuthlich durch directe Anregung der Nierenthätigkeit, wie dieselbe auch als Ursache der zuweilen beobachteten Diurese beim Menschen nach Antipyringebrauch angenommen werden muss.

12. ***Ueber Arzneiausschläge.*** *Von Dr.* ***Caspary****. Vortrag im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 50.)*

Verf. schildert zunächst ein toxisches Erythem bei einem kräftigen jungen Manne nach Einnahme von 1—2 Grm. Antipyrin. In einem anderen Falle, eines 37jähr., ebenfalls nierengesunden Mannes, war der Alkoholgenuss allein die Ursache eines seit



8 Monaten nach jeder Kneiperei auftretenden, acuten umschriebenen Oedems an den verschiedensten Körperstellen, ganz analog dem von *M. Joseph* 1889 mitgetheilten. — Drei Beobachtungen über Antipyrinexantheme boten ein besonderes Interesse durch die ganz gleiche Localisation. Bei jedem der drei kräftigen, sonst gesunden Männer wurden jedesmal, wenige Stunden bis zwei Tage nach der Einnahme von 1—2 Grm. Antipyrin die Lippen, respective Mundhöhle und zugleich die Hinterbacken, respective die Haut um den Anus von nicht vielen, schnell nacheinander auf nicht infiltrirtem Grunde aufschiessenden, in circa 8 Tagen abheilenden Bullae befallen. Die sichere Angabe der Patienten, dass jedesmal die Eruption der Einnahme des von ihnen arglos genommenen Antipyrins gefolgt sei, liess von experimenteller Nachprüfung Abstand nehmen. Wo sie sehr erwünscht gewesen wäre: bei zweimaligem Ausbruche gerade solcher Blasen an fast denselben Stellen — Lippen, Mundhöhle, kleinen Labien einer 35jährigen Frau — nach jedesmal 6 Stunden vorher eingenommenen 3 Dgrm. Chinin, verbunden mit gleichzeitig eintretendem, aber die Blasen überdauerndem Enterocatarrh, wurde Wiedergebrauch des Chinins von der Dame abgelehnt. — Eine neueste Beobachtung des Verf. betraf ein nach kleinen Dosen Jodkali jedesmal eintretendes und nur langsam weichendes, impetiginöses Eczem an Gesicht und Vorderarmen einer jungen Dame. — Verf. fügt eine kurze Besprechung der besonders lehrreichen Jodkaliausschläge an, so auch der schweren Fälle von *Morrow*, *Wolff*, *Hallopeau*, *Gémy*, und das Curiosum des neulich gemeldeten Falles von *Temple*, von der jedesmal bei einem Manne nach kurzem Jodkaligebrauche beobachteten Rothfärbung von weissen Haaren und von Schweiss. — Für die Diagnose eines Arzneiausschlages erlaubt sich Verf. den naiven Rath zu geben, bei jedem acuten Ausschlage, bei dem man nicht eine sichere, ausschliessende Diagnose stellen könne, an Arzneiexanthem zu denken und nachzufragen.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

13. ***Die späteren Schicksale des stationär gewordenen Plattfusses.*** *Von Prof.* ***Albert Lücke.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIV, pag. 1.)*

Jeder erworbene Plattfuss pflegt zwar nach gewisser Zeit unter Verschwinden der subjectiven Beschwerden, wenn auch unter Andauern des von ihm abhängigen unelastischen Ganges, stationär zu werden und zur Ruhe zu kommen; doch können mannigfache Umstände eine Wiederkehr der eigenthümlichen Störungen, ein „Recidivwerden" des Plattfusses bewirken. Die häufigste Ursache für Plattfussrecidiv ist ein den Plattfuss treffendes Trauma, Contusion und Distorsion, die je nach der durch sie bedingten Circulationsstörung und Muskelschwächung Beschwerden hervorrufen. In ähnlicher Weise wirkt abnorme einseitige Belastung eines Plattfusses bei Erkrankung des anderen Fusses, z. B. Caries. Ferner die Bildung von Varicen, ein Moment, das häufig bei Frauen mit wiederholten Schwangerschaften zutrifft, und bei dem sowohl die Varicen der oberflächlichen Venen, als die in der Tiefe der



Wadenmuskeln in Betracht kommen können. Häufig kommt es zu Venenthrombosen, und besteht gleichzeitig ungünstig wirkende Muskelschwäche. Letztere kommt ausserdem dann, wenn sie sich nach schweren Krankenlagern, Typhus etc. ausbildete, als ätiologisches Moment zur Geltung. Endlich ist die in gewissen Jahren bei beiden Geschlechtern häufig sich ausbildende Fettleibigkeit der Grund neuerlicher Plattfussschmerzen. Das wesentliche Symptom der Plattfussrecidive ist stets die Schmerzhaftigkeit. Die Untersuchung der Füsse soll zunächst im Stehen vorgenommen werden, da sich dann die verschiedenen Veränderungen am besten zeigen: die prägnante Supinationsstellung, die platte Plantarfläche, die langgestreckten Zehen, deutliche Venenzeichnung, dazu der Vorsprung des Talus am inneren Fussrande. In hochgradigen Fällen findet man ein Anstossen der Spitze des äusseren Knöchels gegen die Aussenfläche des Hackenfortsatzes des Calcaneus. Ferner ist die kühle Haut und die Neigung zum Schwitzen an den Plattfüssen zu erwähnen. Die rheumatoiden Schmerzen bei den Recidivplattfüssen können bisweilen in völlige Neuralgien, besonders im Verlaufe des N. peroneus übergehen. Die Therapie des Plattfussrecidives ist, wie die des acuten Plattfusses, eine wesentlich mechanische. Plattfusseinlagestiefel, nach Bedarf mit Schienen versehen, beseitigen meist prompt die Beschwerden. Uebermässige Corpulenz kann Entfettungscuren indiciren, Elektricität und Massage sich unter Umständen nützlich erweisen. Dagegen warnt Verf. vor warmen Bädern, beziehungsweise Thermalcuren in Wiesbaden, Baden-Baden etc., durch die er die Recidivplattfüsse oft sich sehr rapid verschlechtern gesehen hat.

14. ***Behandlung des Mastdarmkrebses.*** *Von* ***Dujardin-Beaumetz.*** *Vortrag in der Société de Thérap. Paris, Oct. 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 47.)*

Verf. will eine Anzahl von langsam verlaufenden Krebsformen des Mastdarms dem Chirurgen nicht überlassen, sondern durch interne Behandlung das Leben des Patienten verlängern. Diese Behandlung besteht in Antisepsis des Darmcanals, um die Secundärinfection, die Stauung der Kothmassen und die daraus entstehende Gährung und Fäulniss zu verhindern. Vor Allem werden Rectalirrigationen mit einem sehr langen in das Rectum eingeführten Schlauche, der eine einzige Oeffnung an seinem Ende hat, gemacht; der Patient muss dabei liegen und jeden Tag wird ihm 1 Liter einer lauwarmen 10—20procentigen Naphthollösung injicirt. Zugleich werden per os Pillen folgender Zusammensetzung gegeben: Salol, Benzonaphthol, Natr. bicarbon. aa. 10·0, davon 30 Pillen, bei jeder Mahlzeit 1 Pille zu nehmen. Bismuth. subnitric., sonst bei Darmaffectionen von so grossem Nutzen, kann wegen der stets drohenden Obstipation hier nicht in Anwendung kommen. Um den Stuhlgang täglich oder jeden zweiten Tag zu regeln, müssen zuweilen Laxantien und vegetabilische Nahrung vorgeschrieben werden; wenig Fleisch und das ganz durchgekocht ist empfehlenswerth. Es gelang dem Verf. auf diese Weise mehrere Kranke schon seit drei Jahren zu erhalten, die umhergehen, ohne dass Jemand eine Ahnung von ihrem Leiden hatte, und sogar an Gewicht zugenommen haben. Bei anhaltender Obstipation und Darmverschlingung kann diese Therapie, die





mindestens ebenso gute Resultate gibt wie die chirurgische, nicht in Anwendung kommen. Grosse Erfolge hat sie auch bei einer Darmerkrankung, deren Ursache nur wenig erkannt ist, bei Enteritis pseudomembranosa gegeben; die Darmmucosa geht dabei in grossen Stücken weg, meist bei Frauen und Arthritikern kommt sie vor. Wenn dieses Leiden auch nicht heilbar ist, so werden doch zeitweise Besserungen erzielt durch die antiseptischen Irrigationen, Ricinusöl und vegetarische Diät. Statt des Benzonaphthols gibt man hier Bismuth. salicyl., welches besonders auf den Dickdarm einwirkt.

15. ***Ein Fall von traumatischer Vaginalruptur.*** *Von Dr.* ***Nicolaus Ostermayer,*** *Secundararzt in Budapest. (Gyógyászat. 1892. 33. — Pest. med.-chir. Presse. 1892. 44.)*

Der folgende Fall ist nicht nur wegen der Seltenheit einschlägiger Fälle, sondern auch wegen der Eigenartigkeit seiner Entstehung mittheilenswerth. Eine 40jährige, am 11. Mai 1891 in's Spital aufgenommene Arbeiterin fiel drei Wochen vor ihrer Aufnahme mit einem beträchtlich schweren Papierbunde in ihrem Schosse, auf der Treppe. Sie fiel mit dem Bauche auf den Rand einer Treppe und empfand einen sehr lebhaften Schmerz im Unterleibe. Nach dem Falle war sie nahezu eine halbe Stunde lang bewusstlos. Im Bette bemerkte sie, dass aus ihrer Scheide Blut hervorsickere. Die Untersuchung ergab beim Einstellen des hinteren Fornix in den Spiegel Folgendes: An der höchsten Stelle des Scheidengewölbes stösst man auf eine von rechts oben schief nach links unten gehende, 6 Cm. lange Continuitätstrennung, die nahezu die ganze Dicke der Schleimhaut durchdringt. Ihre Ränder sind scharf, glatt. Das Ganze macht den Eindruck einer frischen Schnittwunde. Die Wundränder klaffen auf 5—6 Mm. Die Wunde blutet leicht. Der Uterus fühlt sich etwas härter an, ist retroflectirt, beweglich. Da die Wunde trotz ihres dreiwöchentlichen Bestandes ganz frisch aussah, vereinigte Verf. die Ränder mittelst Kürschnernaht und erzielte Heilung per primam. Es handelte sich demnach in diesem Falle um eine traumatische Ruptur. Der Entstehungsmechanismus konnte nur ein solcher sein, dass zufolge heftigen Auffallens des Bauches auf die Kante einer Treppe die beweglichen Baucheingeweide plötzlich, mit grosser Kraft und Raschheit in das Becken getrieben wurden und da in Folge des von oben wirkenden Druckes ein Ausweichen nur nach dieser Richtung möglich war, wurden die Beckenorgane nach unten, gegen den Beckenausgang zu gedrängt, wodurch eine derartige enorme Spannung der Gebilde herbeigeführt wurde, dass der der grössten Spannung ausgesetzte hintere Fornix barst. Dass der im *Douglas*-Raume liegende retroflectirte Uterus die Entstehung der Ruptur förderte oder vielleicht gar selbst herbeiführte, ist leicht verständlich, da ein jeder consistente, härtere Körper durch die nach unten gedrängten Eingeweide mit seiner Basis gegen die Kuppe des hinteren Fornix gepresst wurde und dermassen in die günstigste Lage kam, um eine Ruptur der durch ihn nach abwärts gedrängten, hervorgewölbten, stark gespannten Scheidenwand herbeizuführen. Dieser Fall, der bezüglich der Entstehungsweise einzig in der Literatur dasteht, ist auch in forensischer Beziehung sehr wichtig, indem



er dafür zeugt, dass Scheidenrupturen auch auf indirectem Wege, durch eine auf den Bauch wirkende stumpfe Kraft, entstehen können, was von nun ab bei der Beurtheilung der Entstehung von traumatischen Verletzungen zu beachten ist. Natürlich müsste bei forensischer Beurtheilung dieses Falles, wenn von einer gewaltthätigen Handlung einer Person die Rede wäre, die Retroflexio uteri, als ein zur Entstehung der Ruptur disponirendes Moment in Betracht gezogen werden.

16. ***Die radicale Heilung der Unterleibsbrüche nach der Methode des Dr. C. Schwalbe.*** *Von Dr. A. Schmidt.* *(Deutsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXIV. — Centralbl. f. Chir. 1892. 45.)*

Die *Schwalbe*'sche Methode zur Heilung der Unterleibsbrüche mittelst Alkoholinjectionen hat trotz ihrer zweifellosen Wirksamkeit und trotz ihrer völligen Ungefährlichkeit (*Schwalbe* hat in 1000 Fällen nur einen nicht einmal mit Sicherheit auf die Operation zurückführbaren Todesfall gehabt) noch durchaus nicht die Beachtung in der Praxis gewonnen, deren sie werth ist. Verf. bespricht zunächst die Technik des Verfahrens, das natürlich auf aseptischem Wege bei desinficirtem Operationsfeld und mit sterilisirter Nadel auszuführen ist. Der Bruch wird reponirt, der linke Zeigefinger in den Bruchring geführt und unter seiner Leitung die Injectionsnadel so weit als gewünscht gegen die Bruchpfortengegend eingestochen. Injicirt werden in einer Sitzung 1—2 Ccm. und mehr, doch nicht über 5 Ccm. Man beginnt mit 50procentigem Alkohol und steigt je nach der Stärke der gesetzten Reactionen bis zu höchstens 80procentigem. Die Häufigkeit der Injectionen richtet sich ebenfalls nach den Reactionen. Der Alkohol vertheilt sich im Gewebe, bewirkt ausgedehnte entzündliche Infiltrationen, die, sich in Bindegewebe umsetzend, eine derbe, die Bruchpforte schliessende Schwartenmasse hinterlassen. Zur Cur ist von Seite des Arztes und Kranken Geduld und Ausdauer erforderlich, die Erfolge erst im Verlaufe von Monaten erwartbar. Bei Schenkel- und Leistenbrüchen lässt Verf. die Pat. die ersten 3—4 Wochen ohne Bruchband, das den Alkohol in unerwünschter Weise von der Injectionsstelle verdrängen würde, zu Bette liegen. Nabelbrüche, die man nach der Injection mit einem grossen Stück Heftpflaster bedeckt, werden ambulant behandelt. Kleine Kinder werden, um sie tolerant zu machen, für die Injectionen chloroformirt. Als unangenehme Zwischenfälle sind Einspritzungen in den Bruchsack bei nicht abgeschlossener Bauchhöhle, was nur einige Stunden währende heftige Schmerzen bewirkt, und Treffen des Samenstranges, wonach eine rasch vorübergehende acute Hydrocele eintritt, zu erwähnen. Verf.'s eigene Erfahrung mit der Methode betrifft 9 Fälle, und zwar 3 Nabelbrüche bei Erwachsenen, 2 desgleichen bei Kindern, 1 Bauchbruch bei Erwachsenen, 1 Leistenbruch bei Erwachsenen und 2 desgleichen bei Kindern. Ein completer Misserfolg ist nur in einem Falle (grosser Scrotalbruch bei sehr fettem Manne mit weiter Bruchpforte) zu verzeichnen. Ein Nabelbruch bei kräftigem Manne, dessen Behandlung aus äusseren Gründen unterbrochen werden musste, wurde nicht ganz beseitigt, aber wesentlich gebessert. Die übrigen 7 Fälle sind alle geheilt, und beträgt die constatirte Heilungsdauer 2 Monate bis 7 Jahre.



17. ***Blutausfluss bei Carcinom der weiblichen Brustdrüse.*** *Von Dr. **Fritz Cahen**, Köln. (Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 19. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 89.)*

Eine 57 Jahre alte Frau, aus gesunder Familie stammend, welche vor 8 Jahren ihre Periode verloren hatte, klagte seit 3 Monaten über Blutausfluss aus der linken Brustwarze. Das Blut war schwärzlich gefärbt und erfolgte oft recht reichlich. Gleichzeitig bemerkte die Kranke eine schmerzlose Anschwellung im äusseren oberen Theile der Brustdrüse. Bei der Untersuchung ergab sich, dass diese kleinapfelgrosse Geschwulst sich auf Druck verkleinerte, während gleichzeitig ein Strahl dunklen Blutes aus der normalen Papille herausspritzte. Es konnte sich also nur um ein Aneurysma spurium oder um eine maligne cystische Geschwulst handeln. Da die spontane Bildung eines Aneurysma unwahrscheinlich war, so wurde die Diagnose auf Carcinom gestellt und die Exstirpation der ganzen Mamma mit Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen. Der exstirpirte Tumor zeigte auf seinem Durchschnitt zahlreiche blauschwarze Stellen bis zu Stecknadelkopfgrösse. Diese Stellen erwiesen sich bei näherer Betrachtung als mit dunklem Blut gefüllte Hohlräume. Die mikroskopische Untersuchung zeigte im kernreichen Grundgewebe dichtgedrängte tubuläre Krebsschläuche, daneben grosse vielfach verzweigte Cystenräume mit papillären Auswüchsen auf der Innenwandung. Diese Cysten sind mit geschichtetem Cylinderepithel ausgekleidet und mit Blut gefüllt. Die Geschwulst war also als ein carcinomatös entartetes Cystoadenom aufzufassen. Als Ursache der Blutung ist die carcinomatöse Degeneration anzusehen, welche ja auch ohne tiefgreifende Ulcerationsprocesse oft zu Blutungen führt. In der Literatur der letzten 20 Jahre ist ein derartiger Fall nicht beschrieben. Auch in dem *Billroth*'schen Werke über die Krankheiten der Brustdrüse ist ein wirklich analoger Fall nicht aufgeführt.

18. ***Geringgradige psychische Störungen beim Weibe.*** *Von Dr. **Campbell**. Versammlung der British med. Associat. zu Nottingham, Juli 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 47.)*

Geringgradige psychische Störungen beim Weibe können bei allen jenen Zuständen auftreten, welche an und für sich geeignet sind, die Gesundheit anzugreifen oder zu schwächen, in der Gravidität, während der Lactation, im Climacterium, während der Menses. Die Beobachtungen erstrecken sich über circa 200 Fälle, deren keiner in Geisteskrankheit endete; alle Fälle von Hysterie und psychopathischer Diathese waren dabei ausgeschlossen. Als Symptome wurden beobachtet: Depression, Reizbarkeit des Sensoriums und des Gemüthes, Angst, Aerger, Furcht verrückt zu werden, Gedächtnissschwäche, sehr selten Gesichts-, nie Gehörshallucinationen, schwere Träume. In der Discussion macht Dr. *Urquhardt*, Perth, auf die Thatsache aufmerksam, dass diese und alle Depressionszustände überhaupt Morgens am schlimmsten sind; die Behandlungsweise solcher Fälle in den Anstalten besteht darin, dass melancholischen und reizbaren Patienten am frühen Morgen gleich nach dem Erwachen eine ordentliche Portion Nahrung gegeben wird. Eine Methode, deren Erfolge *Robertson* physiologisch folgendermassen zu erklären versucht: Der metabolische Process,



der im Gehirn vorgeht, besteht aus 2 Phasen, der anabolischen, dem Ernährer der Nervenzelle, und der catabolischen, dem Verbrennen derselben. Das erste erfolgt zur Nachtzeit, wenn das Gehirn blutleer und das Zellprotoplasma noch nicht völlig oxydirt ist; der Verbrennungsprocess, der viel Sauerstoff braucht, findet bei Tag statt, wo der Blutstrom eine Menge Sauerstoff herbeiführt. In einem erregten Gehirn sind die Nervenzellen auch Nachts thätig, in Folge der geringen Blut- und Sauerstoffzufuhr degeneriren sie dabei rasch und führen zu Erschöpfungszuständen am Morgen. Wird daher durch die Gabe von Nahrung am Morgen die Blutzufuhr wieder erhöht, so verschwindet die Depression.

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

19. ***Hornhautfärbung gegen Pupillenbildung.*** *Von Prof. Dr.* ***J. Hirschberg.*** *(Referat aus der deutschen klin. Wochenschr. im Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1891. August.)*

Verf. erinnert daran, dass Schwarzfärbung von Hornhauttrübungen, die einen Theil der Pupille decken und das Licht zerstreuen, das Lesen bedeutend verbessert. In einem Falle war vor der Tätowirung rechts S kaum $^{15}/_{200}$, Sn 4 in 6″, links Finger in 10′, Sn 16 in 6″. Einige Wochen nach der Färbung war an jedem Auge S $^{15}/_{20}$, und wurde Sn $1^{1}/_{2}$ in 10″ gelesen. Verf. tätowirt in einer Sitzung; er cocainisirt, fixirt den Augapfel mit Gummipincette oben, stichelt schräg und vielfach mit 8fachem Nadelbündel und reibt die Tusche kräftig mit dem Finger ein. Das Tuschstück wird zuerst bei 130° C. trocken sterilisirt und zum Gebrauch mit gekochter Sublimatlösung verrieben. Verf. gibt ausserdem ein ausführliches Verzeichniss der Literatur des Gegenstandes. Er führt 50 Aufsätze über Tätowirung an. *v. Reuss.*

20. ***Ueber Intubationen.*** *Von Primararzt Dr.* ***F. Schopf.*** *(Ber. d. Kaiserin Elisabeth-Spitales in Wien. 1892.)*

Die Intubation nach dem Verfahren von *O'Dwyer* wurde wegen Diphtheritis und Croup an 52 Kindern im Alter von 6 Monaten bis zu 11 Jahren vorgenommen. In 16 Fällen davon musste ausserdem auch noch die Tracheotomie secundär gemacht werden. Zur Heilung gelangten 19 Kinder, i. e. 36·54 Procent der Operirten, davon nur 3 Kinder, bei welchen nach der Intubation auch noch die secundäre Tracheotomie gemacht worden war. Das Verfahren erwies sich als geeignet in allen nicht zu schweren Fällen und bei gehöriger Pflege und Beaufsichtigung der Kinder, also vorzüglich bei der Spitalsbehandlung, die Tracheotomie zu ersetzen. Als Contraindicationen machten sich im Laufe der Beobachtungen geltend: 1. Ein Alter der Kinder unter 1 Jahr. 2. Complication mit Bronchitis und Pneumonie, weil die Expectoration durch die Trachealcanule leichter von statten geht als durch die sich leicht verstopfenden Tuben. 3. Schwere Allgemeinerscheinungen, insbesondere Sepsis und gangränöser Zerfall der erkrankten Rachengebilde. 4. Plötzlich eintretende Erstickungsanfälle, welche dem Leben des Kindes in kürzester Zeit ein Ende zu machen drohen. Hier soll man mit der raschen Ausführung der Tracheotomie nicht



nommen, weil dieselbe für die künstliche Respiration günstigere Verhältnisse bietet. In jedem Falle erscheint es geboten, die Instrumente zur eventuellen Vornahme der Tracheotomie in Bereitschaft zu halten; denn Fälle, bei welchen durch Einführung der Tube höchste Erstickungsnoth hervorgerufen wurde, sind hier einigemale beobachtet worden. Der Grund hierfür liegt in der Verstopfung der Tube mit den das Innere des Larynx ausfüllenden Membranen und Hinabstossung derselben in die Trachea, wodurch das bereits bestehende Athmungshinderniss nur noch vergrössert wird. In einem Falle, bei welchem trotz augenblicklich vorgenommener Tracheotomie der Tod erfolgte, konnten diese Verhältnisse durch die Nekroskopie constatirt werden. Die Ernährung der Kinder wurde durch die Intubation in keinem Falle beeinträchtigt, weil es trotz des fast regelmässig sich einstellenden Verschluckens doch gelingt, den Kindern auch ohne Schlundsonde Nahrung beizubringen. Breiige Speisen (Kindskoch, in Wein aufgeweichtes Biscuit) konnten in der Regel leichter beigebracht werden als dünnflüssige Nahrung. Die Dauer des Verweilens der Tube im Larynx schwankte von wenigen Secunden bis zu 52 Stunden. In vielen Fällen wurde die Tube ausgehustet; entfernt (entweder durch Zug an dem Faden oder mit dem Extubator) wurde sie jedesmal, sobald sich durch Rasseln in der Trachea Behinderung der Expectoration bemerkbar machte. Was das subjective Befinden der Kinder anbelangt, so beruhigten sich dieselben in der Regel bald nach gelungener Intubation. Fälle, in welchen sich die Kinder nach Ueberwindung des ersten unangenehmen Eindruckes die Tube an dem daran befestigten Faden herauszogen, kamen nur ausnahmsweise zur Beobachtung, weshalb dieser Faden zur leichteren Herausbeförderung der Tube in der Regel belassen werden konnte. Er wurde beim Munde herausgeleitet, sein Ende an der Wange mit einem Heftpflasterstreifen befestigt und konnte man meist schon einige Stunden nach der Operation den Armen der Kinder freie Beweglichkeit lassen. —r.

21. ***Ueber einige, durch Hypertrophie der vierten Tonsille (Zungentonsille) hervorgerufenen Symptome.*** *Von Dr. Cl. Chaveau. (Arch. intern. de laryng. Bd. VIII, 1892. September-October. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 11.)*

Ein 40 Jahre alter Schuster von robuster Constitution litt seit 10 Jahren an Halsbeschwerden, die sich innerhalb der letzten 3—4 Jahre steigerten und schliesslich in Anfälle ausarteten. Charakteristisch waren dieselben durch plötzliche Schmerzen in der Gegend des linken grossen Zungenbeinhorns, durch Würgegefühl, nach Wange, Ohr und linke Brust ausstrahlende Empfindungen, beträchtliche Speichelabsonderung und krampfhafte Erscheinungen in der ganzen linken Körperhälfte. Die Anfälle dauerten etwa $^1/_2$ Minute und wurden insbesondere hervorgerufen durch Schlucken fester Speisen. Da Patient dies mehr und mehr unterliess, litt am Ende die Ernährung in dem Masse, dass er körperlich in hohem Masse herunterkam und das Leben ihm zur Last wurde. Nach galvanocaustischer Zerstörung der hypertrophischen Zungentonsille sistirten die Anfälle und Patient genas vollkommen.





22. ***Zittern der Stimmbänder und Stimmstörungen bei der Herdsclerose.*** *Von Dr.* ***J. Collet.*** *(Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1892. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1892. 11.)*

Meist sind die Fehler der Articulation der Sprache (Hypoglossus) als prägnant beschrieben worden, die eigentlichen Laryngealstörungen sind seltener aufgezeichnet und noch seltener laryngoskopisch charakterisirt worden. *Gottstein* und *Loeri* haben zuerst darauf aufmerksam gemacht, *Erb, Schulz* und *Leube* folgten später. Verf. citirt folgende Symptome als Larynxmodificationen bei Herdsclerose: monotone und scandirte Stimme, schnelles Wechseln des Tones, wachsende Erhöhung der Tonhöhe, Unmöglichkeit längere Zeit denselben Ton anzuhalten, auffallendes Inspirium das Lachen und das Weinen unterbrechend, Lähmung der Stimmbänder oder einiger Kehlkopfmuskeln, sich durch Luftverschwendung, rauhe Stimme oder Schnurrengeräusch verrathend, endlich Zittern der Stimmbänder. Diese Symptome können einzeln bestehen oder sich combiniren oder eines nach dem anderen auftreten. Das Zustandekommen der Symptome ist schwer zu erklären. Das intentionelle Muskelzittern erklärt noch am besten das Zittern der Stimmbänder; übrigens wird das Zittern der Stimmbänder ja auch bei Chorea, Intoxicatio saturnina, Tumor cerebelli *(Herbert Spencer)* beobachtet. Das Zittern der Stimmbänder bildet das einzige sichere Larynxsymptom bei Herdsclerose.

23. ***Gleichzeitige Erkrankung der Thränendrüsen und der Parotiden.*** *Von Prof. Dr.* ***Ernst Fuchs****, Wien. Deutschmann, Beitr. zur Augenhk. 1891. Heft III.)*

Bei einem 61jährigen Manne war eine Anschwellung der oberen Lider seit 5 Monaten vorhanden, die Geschwulst in der Ohrgegend erst seit 4 Wochen entdeckt worden. Beide Oberlider waren in ihrer äusseren Hälfte durch eine Geschwulst vorgetrieben, welche im äusseren oberen Theile der Orbita lag und wie man bei entsprechender Hebung der Lider sehen konnte, der Thränendrüse entsprach. Gleichzeitig war beiderseits eine Anschwellung der Ohrspeicheldrüse vorhanden, als abgeplattete Geschwulst von 3—4 Cm. Durchmesser, die auf dem aufsteigenden Aste des Unterkiefers lag und sich noch über den hinteren Rand dieses Astes nach rückwärts erstreckte und das Ohrläppchen abhob. Sowohl die Geschwülste an den Thränendrüsen als die der Parotiden waren vollständig frei von entzündlichen Erscheinungen und auch bei Druck nicht schmerzhaft. Die eingeschlagene Therapie war ohne Erfolg; nach einem Jahre waren die Geschwülste etwas grösser geworden. Die Untersuchung eines excidirten Stückchens der Thränendrüsengeschwulst ergab grössere und kleinere Knoten, die den Bau von Lymphomen zeigten; dem lymphoiden Gewebe der Trachomfollikel waren sie sehr ähnlich. Wahrscheinlich ist die Geschwulstbildung vom interstitiellen Bindegewebe ausgegangen, Drüsensubstanz war in dem excidirten Stückchen nicht vorhanden. In der Literatur fand Verf. nur 3 Fälle, in denen gleichzeitig Thränendrüsen und Parotiden afficirt waren. In einem dem beschriebenen sehr ähnlichen Falle von *Kaltenhoff*, in dem auch die submaxillären Speicheldrüsen geschwellt waren, waren die Schwellungen nach einem Jahre fast verschwunden. In einem Falle von



*Mikulicz* handelte es sich um eine gleichmässige und symmetrische Vergrösserung der Thränendrüsen und sämmtlicher Speichel- und Mundschleimdrüsen. *Gordon Norric* beobachtete eine acute entzündliche Schwellung beider Thränendrüsen, einige Tage darauf Parotitis epidemica. Diese Fälle mag man dann als Mumps der Thränendrüsen bezeichnen. Es gibt dann noch Fälle anderer Art, wo es sich um Combination einer Schwellung der Thränendrüsen und der Lymphdrüsen handelt. Verf. führt 3 solcher aus der Literatur an. Es kann also vorkommen: 1. Schwellung beider Thränendrüsen allein, acut oder chronisch; 2. acute Schwellung der Thränendrüsen und Ohrspeicheldrüsen als echter Mumps; 3. chronische Schwellung der Thränendrüsen und verschiedener Speicheldrüsen als Lymphome oder Lymphosarcome; 4. chronische Schwellung der Thränendrüsen und der Lymphdrüsen des Kopfes und Halses. *v. Reuss.*

# Dermatologie und Syphilis.

24. ***Resorption und Elimination von Quecksilber bei Einreibungscuren unter verschiedenen Umständen.*** Von ***Eduard Welander***, *Stockholm.* *(Hygiea. 1892, October, pag. 326.)*

Auf Grund sehr ausgedehnter Versuche, wobei er sich der von *Schillberg* modificirten *Almén*'schen Methode zum Nachweise des Quecksilbers im Harne bediente, um nach der Grösse und Zahl der dabei resultirenden Quecksilberkügelchen die Grösse der Resorption und Elimination annähernd zu bestimmen, hat Verf. die Verhältnisse klarzulegen versucht, die auf Aufsaugung und Ausscheidung bei Einreibungscuren mit Quecksilbersalben (1 : 2 Fett) von wesentlichem Einflusse sind. Die Zusammensetzung der Salbe ist ohne sonderlichen Einfluss; doch scheint Lanolinsalbe die Resorption etwas zu fördern. Es ist gleichgiltig, ob mit blossen Händen, mit Handschuhen oder mit Glaskugeln eingerieben wird. Die Anwendung verschiedener Badeformen (gewöhnlicher Warmwasserbäder, Dampfbäder, Warmluftbäder, Schlammbäder, kalter Seebäder, Schwefel- und Salzbäder) modificirt die Grösse der Elimination nicht; auch ist es gleichgiltig, ob die Einreibung unmittelbar oder einige Stunden nach dem Bade geschieht. Selbstverständlich ist dagegen die Grösse der Quecksilberabsorption wesentlich abhängig von der Zahl der Einreibungen und bei gleicher Anzahl dieser von der Stärke der Salbe. Benützt man die Methode von *Siegmund* und applicirt die Salbe auf den von ihm angegebenen Körperstellen, so kann man in der Regel bei einem erwachsenen Manne nicht mehr als etwa 2—3, möglicher Weise 4 Grm. einreiben. Selbst wenn die Einreibung $^1/_2$ Stunde fortgesetzt wird, bleibt ein Theil auf der Haut zurück. Lässt man unmittelbar nach der Einreibung durch ein warmes Bad den auf der Haut zurückgebliebenen Rest der Salbe entfernen, so geht demnach eine ansehnliche Menge Quecksilber in den Körper über, und die ausgeschiedene Menge ist weit grösser als diejenige, welche bei der das Einreiben besorgenden Person oder bei einer solchen sich im Harne findet, die unmittelbar bei dem Eingeriebenen mit dem Gesichte demjenigen Körpertheile, an welchem das Einreiben erfolgt, so nahe wie möglich sitzt. Dass ein Theil des übergegangenen

Quecksilbers durch Abdunstung aufgenommen wird, lehren andererseits verschiedene, u. A. im alten Stockholmer Curhause gemachte Beobachtungen von Stomatitis mercurialis bei Personen, welche in denselben Räumen schliefen, ohne an der Einreibung direct betheiligt zu sein. Ebenso können sich sehr grosse Quecksilbermengen im Harne solcher Personen finden, die gegen Filzläuse grosse Mengen grauer Salbe in der Schamgegend aufgestrichen haben. Auch bei Einreibern, welche sich der Handschuhe oder Glaskugeln bedienen, kann Quecksilber im Urin nachgewiesen werden. Macht man bei Kranken nur Aufstreichungen, nicht eigentliche Einreibungen, so kann man bei Mitbewohnern derselben Räume, selbst wenn diese hohe, grosse und wohl ventilirte Säle sind, nach einiger Zeit (1—2 Wochen) aus dem Harn Quecksilberkugeln erhalten, die manchmal von erheblicher Grösse und Anzahl sind. Legt man ein mit Quecksilbersalbe bestrichenes Oeltuch in das Bett von Kranken, so zwar, dass deren Haut nicht in directe Berührung damit kommt, so kann nach 5—10 Tagen constant Quecksilber in ihrem Harne nachgewiesen werden. Wendet man statt der Einreibungen Aufstreichungen in der Art der *Siegmund*'schen Cur an, so findet sich, wie sich Verf. durch mehr als 500 Untersuchungen überzeugte, nach 20—25 Aufstreichungen stets eine sehr bedeutende Menge von Quecksilber im Urin. Benützt man, um jedes Einreiben seitens der Patienten zu verhüten, auf Guttaperchataffet oder auf starkes Oeltuch gestrichene Salbe und trifft die Anordnung des Versuches so, dass die verschiedenen Körpertheile, auf welche die Application stattfindet, nicht in die geringste Berührung mit der Salbe selbst kommen, so findet nichtsdestoweniger schleunige und bedeutende Resorption statt. Es ist somit nicht zu bezweifeln, dass der Process der Einreibung für die Quecksilberabsorption nur von untergeordneter Wichtigkeit ist und die Aufnahme vorwaltend von dem verdunstenden (gasförmigen) Quecksilber herrührt.

Hiernach müssen alle die Verdunstung des Quecksilbers fördernden Umstände auch die Absorption wesentlich begünstigen. Gleichmässige warme Temperatur, durch welche Schweissbildung nicht hervorgerufen wird, ist in hohem Grade förderlich und das 10—14 Stunden fortgesetzte Liegen im Bette bei Aufstreichung der Salbe führt zu der ansehnlichsten Resorption. Die Menge der aufgestrichenen Salbe ist dabei nicht von besonderer Bedeutung. Nothwendig ist nur, dass die bestrichene Partie wirklich von Salbe bedeckt ist, dagegen ist die Dicke der bedeckenden Schicht ziemlich gleichgiltig, und die Erhöhung von 6 Grm. auf 8—10 Grm. führt keine erhebliche Steigerung der Quecksilberaufnahme mit sich. Für mitteldicke Bestreichung reicht 6 Grm. völlig aus. Die von *Ziemssen* empfohlene Salbe von 2 Hydrargyrum und 1 Fett ist zu rascher und kräftiger Resorption geeignet.

Wie bei den gewöhnlichen Schmiercuren kann auch bei der Bestreichungscur im Blute, in Abscessen und besonders in den Excrementen Quecksilber nachgewiesen werden. Die Menge des ausgeschiedenen Quecksilbers ist aber in allen Fällen bei einfachem Aufstreichen viel grösser als bei einfachem Einreiben, wenn der Salbenrest alsbald durch Abwaschen entfernt wird. Vergrösserung der Aufnahme gegenüber der Bestreichung findet auch nicht statt,

wenn man die Hälfte der Salbe einreibt und die andere Hälfte darauf aufstreicht; doch ist hier die aufgenommene Quecksilbermenge stets weit bedeutender als bei einfacher Einreibung. Will man rasche Quecksilberwirkung, z. B. bei drohender Zerstörung von Organen, haben, so vermeide man die Einreibung.

*Th. Husemann.*

25. ***Einige erfolgreiche Methoden der Behandlung der Alopecia areata.*** *Von Ohmann Dumesnil. (Monatsh. f. pr. Dermat. 1892. 15. Juli. — Oesterr.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 25.)*

Bei der parasitären Form der Alopecia areata wandte Verf. zwei antibacterielle Mischungen an; die eine, schwächere, wurde auf die gesammte Kopfhaut aufgetragen, um eine neue Infection und eine Ausbreitung des Leidens zu verhindern; die andere, stärkere, wurde direct auf die erkrankten Gebiete applicirt, um den Parasiten zu vernichten. Als schwächeres Waschwasser wurde anfangs eine Sublimatlösung (1 : 750), später eine 30procentige Creolinlösung benutzt. Für die Erkrankungsgebiete wurde die Application von grüner Seife verordnet, die etwa 5 Minuten lang liegen blieb. Dann erfolgte ein sanftes, 2mal täglich vorzunehmendes Einreiben von Hyrdrarg. bichlor. 0·06, Lanolin 3·75. Bei Alopecia areata auf neurotischer Basis wurde neben innerer medicamentöser Behandlung (Arsen, Strychnin) folgendes Verfahren eingeschlagen: Durch Bepinselung der afficirten Gebiete mit Cantharidencollodium (ein- bis zweimal wöchentlich) wurde eine Blasenbildung hervorgerufen und darauf ein Verband mit irgend einer indifferenten Salbe angelegt. Diese Methode lieferte zwar sehr gute Resultate, war aber den Kranken ziemlich lästig. Gleich günstige Erfolge liessen sich dadurch erzielen, dass alle zwei Wochen einmal reine Carbolsäure applicirt wurde. Das auf diese Weise behandelte Gebiet durfte nach Angabe *Burkly's* nicht grösser als 2 Quadratzoll sein, doch nahm Verf. immer grössere Gebiete in Angriff. Die Methode der Anwendung bestand in energischem Betupfen der betroffenen Partien; diejenigen Theile, auf welche die Säure einwirkt, werden nach wenigen Augenblicken von milchweisser Farbe. Zwei oder drei Sitzungen genügten oft, um eine vollständige Wiederkehr der Haare zu bewirken.

26. ***Zur Salolbehandlung des acuten und chronischen Blasencatarrhs.*** *Von Dr. B. Arnold, Stuttgart. (Therap. Monatsh. 1892. Mai. — Deutsche Med.-Ztg. 1892. 93.)*

Nachdem Verf. schon im Jahre 1888 über die sehr günstige Wirkung des Salols bei der genannten Krankheit berichtete, hat er von da an das Mittel in einer grossen Reihe von Fällen zur Anwendung gebracht, und zwar mit derselben günstigen Wirkung. Nach seinen und anderen Beobachtungen wirkt Salol auch bei acutem Blasencatarrh und kann sogleich bei Beginn desselben angewandt werden. Es macht den alkalischen Urin sauer und beseitigt den faulen Geruch. Der trübe Urin klärt sich, das eiterigschleimige Sediment nimmt stetig ab, wird leichter, flockiger und verschwindet meist vollständig. Die Harnmenge wird in der Regel vermehrt. Vom Magen wird das Salol sehr gut und längere Zeit vertragen, wodurch es alle anderen gegen Cystitis empfohlenen Mittel übertrifft. Vielleicht mag das daher rühren, dass Salol im



Magensaft vollkommen unlöslich ist und erst im Darm, nach Zutritt des Pancreassaftes, sich in Salicylsäure und Phenol spaltet *(Rosenberg)*. Es ist bei Blasenausspülungen ein gutes Unterstützungsmittel, namentlich wenn nur sehr schwache antiseptische Lösungen ertragen werden. Ganz von selbst versteht es sich, dass beim Salolgebrauch die allgemeinen Regeln der Cystitisbehandlung nicht vernachlässigt werden dürfen. Die Dosis beträgt durchschnittlich dreimal täglich 1 Grm., doch kann auch mehr gegeben werden; bei einem Kranken mit acutem Blasencatarrh steigerte es selbst in dreistündlichen Dosen von 2·0 Grm. die Reizsymptome nicht, vielmehr liessen Harndrang und Fieber nach.

27. ***Die Behandlung der Hyperidrosis.*** *Von Dr.* ***Saalfeld.*** *(Therap. Monatsh. 1892. 7.)*

Bei übermässiger Schweissabsonderung an den Füssen kommt es durch Zersetzung des Schweisses sehr bald zur Bromidrosis, Stinkschweiss. Daher ist in solchen Fällen in erster Linie auf peinlichste Sauberkeit zu achten. Die Füsse werden Morgens und Abends gewaschen, Strümpfe und Schuhe täglich gewechselt. Nach der Waschung sind die Füsse mit Eau de Cologne oder Franzbranntwein einzureiben, dann mit 2 Procent Salicyllanolin einzufetten. Die Zehen sind durch Leinwandläppchen oder dünne Bäuschchen von Salicylwatte zu isoliren. Salicylsäure kann auch als Streupulver in Form des Pulvis salicyl. cum talco angewendet werden. Reicht diese Behandlungsmethode nicht hin, so müssen andere Verfahren angewendet werden. Chromsäure ist wegen der Möglichkeit einer Intoxication nicht anwendbar, wohl aber ist in hartnäckigen Fällen die *Hebra*'sche Methode zu versuchen. Sie besteht darin, dass man nach Reinigung und sorgfältiger Abtrocknung der Füsse dieselben in einen Leinwandlappen einschlägt, der an der für die Sohle bestimmten Stelle messerrückendick mit Diachylonsalbe *(Hebra)* oder mit 10 Procent Borlanolin beschmiert ist. Zwischen den Zehen sind Wattebäuschchen mit derselben Salbe befettet einzulegen. Morgens und Abends werden Salbe und Leinwand frisch aufgelegt, nachdem die noch anhaftende Salbe mit einem indifferenten Poudre abgewischt worden ist. 14 Tage lang muss diese Procedur fortgesetzt werden, ohne dass der Fuss mit der Salbe in Berührung kommt; dann wird die Salbe ausgesetzt und die Füsse, namentlich die Zehen und ihre Zwischenräume, mit Salicylpoudre häufig bestreut. An Stelle der nun sich abstossenden Epidermis kommt eine zarte, weisse Oberhaut hervor. Ist der Erfolg kein befriedigender, so kann das Verfahren von Neuem eingeleitet werden. Viel schwieriger als an den Füssen gelingt die Beseitigung der Hyperidrosis an anderen Körperstellen, wie im Gesicht, in den Achselhöhlen und an den Händen. Das Gesicht soll häufig mit Kölner Wasser abgewaschen und dann eingepudert werden; die Hände sind mit Alkohol, $^1/_2$ Procent Tanninlösung oder Eau de Cologne einzureiben; statt der engen Glacéhandschuhe sind weite Stoffhandschuhe empfehlenswerth. Die Achselhöhlen müssen mit Seifenwasser und adstringirenden Flüssigkeiten gewaschen werden, in die Höhle kommt eine mit Poudre bestreute Wattelage, um Eczem zu verhüten. Die in die Damenkleider eingenähten „Schweissblätter“ müssen entfernt werden; sie hindern




die Verdunstung des Schweisses und begünstigen die Zersetzung desselben, wodurch es leicht zu Irritationszuständen der Haut kommt.

28. ***Männliche Sterilität in Folge von Syphilis.*** *Von Dr. Alfons Hanč, Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 49.)*

Dass bei Localisation der Syphilis in den Hoden und der hierdurch bedingten Entartung ihrer Drüsensubstanz Azoospermie, beziehungsweise Sterilität resultiren kann, unterliegt wohl keinem Zweifel. Prognostisch wichtig ist hierbei, in analoger Weise wie bei Gonorrhoe, ob eine Orchitis syphilitica oder gummosa einseitig auftritt oder ob beide Hoden von dem Krankheitsprocesse ergriffen werden. *Lewin* äussert sich über durch Syphilis erzeugte Azoospermie: „In den Hoden von sonst kräftigen, aber mit syphilitischer Dyscrasie behafteten Männern fehlen in 50% die Spermatozoen.“ *Casper* berichtet (1890) über einen Fall von Azoospermie bei einem mit Lues behafteten Manne und Heilung derselben durch eine antisyphilitische Behandlung. Es handelt sich in diesem Falle um constitutionelle Syphilis ohne nachweisbare Erkrankung der Hoden; es muss jedoch hervorgehoben werden, dass der in Rede stehende Patient einige Jahre vorher Gonorrhoe mit Complicationen durchgemacht, dass eine linksseitige Epididymitis, ferner Cystitis und Stricturen als Folgezustände des Trippers resultirt haben. Die erwähnte Mittheilung *Casper's* veranlasste den Verf. mehrere Fälle von mit Lues behafteten Männern auf Azoospermie zu untersuchen. Die mikroskopische Untersuchung des Sperma wurde stichprobenweise während der verschiedensten Stadien der luetischen Affectionen vorgenommen. Aus den mitgetheilten zehn Fällen gelangt Verf. zum Schlusse, dass Azoospermie in Folge von constitutioneller Syphilis überhaupt nicht auftritt oder dass dies nur ausnahmsweise der Fall ist. Bezüglich des von *Casper* mitgetheilten Falles wäre noch zu bemerken, dass derselbe nicht ganz verlässlich ist, weil der luetischen Affection Gonorrhoe mit Epididymitis vorausgegangen war. Es kommen eben Fälle von Azoospermie auch in Folge von einseitiger Epididymitis vor.

*O. R.*

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

29. ***Ueber das Vorkommen von Schwefelwasserstoff im Magen.*** *Von Dr. J. Boas, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 49.)*

Verf. gelang es in mehreren Fällen von chronischen Verdauungsstörungen (s. d. Original) im Mageninhalte Schwefelwasserstoff nachzuweisen. Der in ein verschliessbares Gefäss gebrachte Mageninhalt entwickelte beim Lüften des Pfropfes in der Regel (nicht constant) einen exquisiten Geruch nach $H_2S$. Ein mit Kalilauge angefeuchteter, in das Gefäss getauchter und mittelst des Stopfens festgeklemmter Papierstreifen wurde in kurzer Zeit gebräunt, beziehungsweise geschwärzt. Desgleichen gab der leicht auf dem Wasserbade erwärmte Inhalt an eine vorgelegte, alkalisch gemachte Bleizuckerlösung eine starke Braunschwarzfärbung von gebildetem





Schwefelblei. Der Nachweis der Schwefelwasserstoffbildung im Magen wurde auf folgender einfacher Weise geführt. Es wurde ein mit Kalilauge angefeuchteter Bleipapierstreifen in das äussere Sondenlumen eingeschoben, die Sonde durch einen Quetschhahn hinter dem Papierstreifen abgeklemmt, dann eingeführt, wobei der Patient angewiesen wurde, nicht zu pressen. Nach kurzem Verweilenlassen wurde der Hahn geöffnet und der Papierstreifen entfernt; derselbe war schwach, aber unverkennbar gebräunt. Verf. fasst seine Beobachtungen über Schwefelwasserstoffbildung im Magen in folgenden Sätzen zusammen: Die $H_2S$-Bildung ist keineswegs ein seltenes Vorkommniss; ausser bei acuten Magendarmcatarrhen *(Betz, Senator)* und directer Communication des Magens mit Darmabschnitten *(Emminghaus)* kommt $H_2S$-Bildung häufig bei Ectasien des Magens vor. Die $H_2S$-Bildung ist in der Regel das Product abnormer Eiweisszerlegung; daneben besteht aber die Möglichkeit, dass auch zu therapeutischen Zwecken in den Magen eingeführte schwefelsaure Alkalien unter geeigneten Bedingungen zur Bildung von $H_2S$ führen können. Wie die Kohlenhydratgährung trotz reichlicher $HCl$-Anwesenheit verlaufen kann, so ist letztere auch kein Hinderniss für die Eiweissfäulniss. Die in Fällen von Magenectasie auftretenden $H_2S$-Mengen sind so gering, dass Intoxicationserscheinungen ausbleiben. *Loebisch.*

30. ***Untersuchungen über den Nucleingehalt in der Frauen- und Kuhmilch.*** *Von Dr. **Felix v. Szontagh**, Budapest. (Ung. Akad. f. Med. Bd. I, pag. 192. — Deutsche Med.-Ztg. 1892. 97.)*

*Biedert* hat nachgewiesen, dass das Casein der Menschenmilch chemisch sich anders verhält als das Casein der Kuhmilch, und angenommen, dass die Caseine beider Milchsorten von differenter chemischer Constitution sind. Verf. hat nun im *Leo Liebermann'*schen Laboratorium beide Milchsorten, beziehungsweise Caseinarten hinsichtlich ihres Nucleingehaltes geprüft, indem er supponirte, dass, wenn zwischen den beiden Caseinarten betreffs deren chemischer Constitution Unterschiede bestehen, zu erwarten ist, dass auch das in dem Casein vorhandene Nuclein Unterschiede aufweisen wird. Und in der That zeigte sich, dass zwischen Frauen- und Kuhmilch ein wesentlicher Unterschied hinsichtlich des Nucleingehaltes besteht. Direct aus Kuhmilch, sowie aus dem Casein derselben konnte er stets einen in Pepsinchlorwasserstoffsäure unlösbaren Niederschlag, Nuclein, erhalten, während es bei der Digestion von Frauenmilch oder des als Casein aufzufassenden Alkoholniederschlages derselben niemals zur Ausscheidung von Nuclein kam. Das Casein der Frauenmilch hat sich darnach nicht als Nucleoalbumin erwiesen.

31. ***Ueber die Folgen des dauernden Verschlusses des Ductus choledochus.*** *Von Dr. **J. Steinhaus**. (Arch. f. experim. Path. u. Pharm. Bd. XXVIII. — Deutsch. med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Die Versuche wurden bei Meerschweinchen angestellt, welche verhältnissmässig viel Galle absondern, so dass hier die Folgen des Verschlusses acuter zu Tage treten als bei weniger secernirenden Thieren. Nur solche Versuche wurden berücksichtigt, bei denen die Section der Thiere unmittelbar nach dem Tode stattfinden konnte. Die Tödtung derselben wurde sechs Stunden bis zehn Tage nach vollendetem Choledochusverschluss vorgenommen. Länger als



zehn Tage konnten die Thiere nicht am Leben gehalten werden. Als Todesursache sind die nach der Unterbindung im Leberparenchym eintretenden Necrosen zu betrachten. Ausser steigender Appetitlosigkeit, Abmagerung, sowie dem erst mit dem sechsten Tage auftretenden Icterus konnte während des Lebens an den Versuchsthieren nichts Besonderes bemerkt werden. Bei der Section fanden sich Gallengänge und Gallenblase überfüllt und erweitert, die Galle frei von Bacterien. Die Leber zeigte stets eine sehr deutliche Vergrösserung. An ihrer Oberfläche und ihren Schnittflächen fielen ferner stets gelbe rundliche oder unregelmässige Flecken auf, deren Durchmesser bis zu 5 Mm. betrug. Zahl und Grösse dieser Flecken waren um so grösser, je länger das Thier gelebt hatte. Die körperliche Form dieser gelben Partien entsprach einem Conus. Die mikroskopische Untersuchung derselben und die Vergleichung der grösseren und kleineren Flecke ergab, dass es sich hier um necrotische Herde handelte, welche schon nach sechsstündigem Choledochusverschluss nachweisbar waren. Da sonstige pathologische Vorgänge ausser starker Füllung und Erweiterung der Gallengänge zu dieser Zeit nicht gefunden werden konnten, so ist die Bildung der necrotischen Herde als erste Reaction auf die Gallenstauung zu betrachten. Bald aber stellt sich ausserdem Kern- und Zelltheilung, sowie Rundzelleninfiltration der Herde zugleich mit einer Verengerung des Lumens der Gallencanälchen ein. Als Ursache für die mitgetheilten Processe spricht *Steinhaus* erstlich die Einwirkung der stagnirenden Galle als solcher, gepaart mit ihrer Concentrirung durch den Choledochusverschluss, an. Hierzu gesellen sich noch Veränderungen im Blutkreislauf, indem durch die Anfüllung der Gallengänge eine Beengung des Blutstromes in der Leber bedingt werde. Dass die Necrosen herdweise auftreten, erkläre sich durch die Ungleichmässigkeit des Zustandes der einzelnen Leberpartien, wie ja auch bei Einwirkung des Phosphors und ähnlicher Gifte das Leberparenchym nicht in toto, sondern herdweise erkrankt. Die beobachtete Kerntheilung wird als Reiz-, respective Regenerationserscheinung gedeutet. Dass Verf. nicht, wie andere Untersucher, Gallengangsneubildung und Bindegewebswucherung constatiren konnte, erklärt er aus seinem streng antiseptischen Verfahren und der kurzen Dauer seiner Versuche.

32. ***Ueber die centripetale Leitung des N. laryngeus inf. und die pathologische Medianstellung des Stimmbandes.*** *Von Prof. H. Krause. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 20. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. 11.)*

*R. Burkart* hat in einer Arbeit über den Einfluss des N. vagus auf die Athembewegungen den Nachweis geliefert, dass der N. laryng. inf. centripetal-leitende Fasern enthält und Exspirationsbewegungen auslöst. Verf. hat nun durch eine Reihe von Thierexperimenten diese Beobachtung nicht nur bestätigt gefunden, sondern auch noch dahin ergänzt, dass die centripetale Reizung der Nerven auch die Verengerung des Kehlkopfes, die Adduction der Stimmbänder und einen mehr oder weniger lang andauernden Stillstand der letzteren auszulösen vermag. Dadurch ist bewiesen, dass der N. laryngeus ein gemischter Nerv ist, dass er neben motorischen auch sensible Fasern besitzt und daher auch dem Ge-



setze der Reflexe unterliegt. Der M. crico-arytaenoideus posticus ist demzufolge auch nicht nur bei der Athmung betheiligt, sondern wirkt ebenso bei dem physiologischen Acte der Phonation mit wie bei der pathologischen Erscheinung der Medianstellung des Stimmbandes durch Reflexcontraction.

33. ***Beiträge zur Lehre von der Darmfäulniss der Eiweisskörper. Ueber Darmfäulniss bei Obstipation.*** *Von Dr. v. Pfungen. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXI. — Oester.-ung. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 25.)*

Fortgesetzte Untersuchungen des Harns rücksichtlich des Verhältnisses der gepaarten zur ungepaarten Schwefelsäure ergaben bei einer an chronischer Obstipation leidenden Patientin, dass die Obstipation eine Höhe der Darmfäulniss bedingen kann, wie sie sonst nur bei den bisher als Quelle hoher Darmfäulniss erkannten Local- und Allgemeinerkrankungen, z. B. Peritonitis, gefunden wurde. Als dann weiter die Patientin durch regelmässige Verabreichung von Laxantien immer mehr bezüglich der Stuhlentleerung sich der Norm näherte, traten bei ihr auch diesbezüglich normale Werthe ein. Weiters ergab sich, dass Natrium bicarbon. geradezu höhere Werthe der Darmfäulniss zu verhindern scheint; das Gleiche ergab sich für das Calcium carbon. Ein Zufügen von Salzsäure nach dem Essen ergab eine Zunahme der Obstipation; bezüglich der Darmfäulniss trat dasselbe Resultat ein wie bei Natr. carb. Dagegen vermögen Inf. Sennae oder Magister. Bismuth. nicht, die Darmfäulniss herabzusetzen. Der Indicangehalt des Harns zeigte ein etwas abweichendes Verhalten; bei Verwendung von Bismuth. subnitric. sank dasselbe. Endlich zeigten die Versuche, dass Obstipation als eine Quelle von ungenütztem Verbrauch an Eiweiss der Nahrung anzusehen sei.

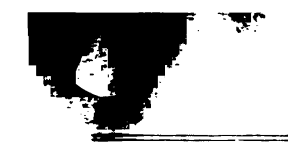
---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

34. ***Färbung der Geisseln an den Bacterien.*** *Von Prof. Loeffler. (Nach Pharm. Post. 1892. 48.)*

Verf. ist es gelungen, am Trockenpräparate eine verbesserte Färbung der Geisseln, wie solche z. B. die Cholerabacillen besitzen, mittelst Anilinfarben durchzuführen. Die wie gewöhnlich hergestellten Trockenpräparate werden nämlich mit einer Beize, bestehend aus 20 Theilen Tannin und 80 Theilen Wasser, wobei man zu je 10 Ccm. der Beize 5 Ccm. einer kaltgesättigten, wässerigen Ferrosulfatlösung und 1 Ccm. Fuchsinlösung zusetzt, angetropft, sammt der Beize unter Hin- und Herneigen bis zum Sieden erhitzt und mit reinem Wasser sorgfältig abgespült. Nun wird das Gläschen durch Abblasen wie gewöhnlich getrocknet und das getrocknete Deckglas mit der *Ehrlich*'schen Anilin-Gentianaviolett- oder Anilin-Fuchsinlösung betropft, leicht erhitzt, mit Wasser abgewaschen, wieder getrocknet und in Canadabalsam eingeschlossen. Zur Behandlung der Cholerabacillen säuert man 16 Ccm. der gedachten Beize mit einem Tropfen engl. Schwefelsäure an, worauf sich die Geisseln besonders deutlich darstellen.







35. ***Die Schädlichkeit des denaturirten Spiritus.*** *Bericht der k. k. Gewerbe-Inspectoren. Wien 1892, k. k. Hof- und Staatsdruckerei.*

Der schädliche Einfluss des denaturirten Spiritus auf die Gesundheit der Arbeiter veranlasste in einer grossen Holzwaarenfabrik den Besitzer, bei der Finanzbehörde das Gesuch einzubringen, dass ihm gestattet werde, die Denaturirung des Spiritus in seiner Fabrik mit Schellack vorzunehmen. Die Erledigung ist noch nicht erfolgt. Im Verordnungsblatte des k. k. Finanzministeriums Nr. 23 ex 1887 wird im Erlass vom 10. August 1887, Nr. 28692, als Denaturirungsmittel ein Gemisch von 2 Liter Holzgeist, $^1/_2$ Liter Pyridinbasen und 20 Ccm. einer Lösung von Phenolphthalein bestimmt. Der Bericht der Gewerbe-Inspectoren erklärt in Uebereinstimmung mit dem seinerzeit von Dr. *E. Lewy* abgegebenen Berichte: Schon reiner Holzgeist (Methylalkohol) erzeugt, wenn er in Dunstform eingeathmet wird, eine Reizung der Schleimhäute der Nase und der Luftröhre, längere Einwirkung bewirkt Betäubung, selbst Ohnmacht. Doch ist der Holzgeist zumeist sehr unrein, enthält Xylol, Creosot, brenzliche Oele u. s. w. und bewirkt sodann allgemeines Unbehagen und selbst schwere Nervenzufälle. Die Pyridinbasen bewirken, als Dämpfe eingeathmet, Erbrechen, Speichelfluss, Muskelzuckungen, allgemeine Schwäche, die selbst in Lähmungen übergeht. Es ist aber auch möglich, dass mit der Zeit sich auch chronische Gebrechen einstellen. Sollte eine Denaturirung des Spiritus für Holzwaarenfabriken mit Schellack als zulässig erkannt werden, welchen Zusatz der Spiritus ohnehin bekommen muss, so wäre für viele Arbeiter eine gewiss nicht zu unterschätzende Ursache zu Erkrankung und schwerem Leiden beseitigt. Um dem Uebel einigermassen zu steuern, hat der Gewerbe-Inspector in jener Fabrik, sowie auch in vielen Kleinbetrieben, die ebenfalls mit denaturirtem Spiritus arbeiten, als: Hutmacher, Vergolder, Drechsler, Färber u. s. w., eine möglichst intensive Ventilation, dann die Ausschliessung herzkranker, scrophulöser, schwächlicher Arbeiter und der Kinder angeordnet. *—w.*

36. ***Die Feldmausplage in Thessalien und ihre erfolgreiche Bekämpfung mittelst des Bacillus typhi murium.*** *Von Prof. **Loeffler**, Greifswald. (Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. 1892. 5. Juli. — Der prakt. Arzt. 1892. 10.)*

Welchen eminent praktischen Werth die Bacteriologie neben ihrer wissenschaftlichen Bedeutung hat, dafür hat Verf. neuerdings wieder einen Beweis erbracht. Bekanntlich erhielt Verf. von der griechischen Regierung eine Einladung, seine Methode zur Bekämpfung der Feldmäuse durch Ueberimpfung des Bacillus typhi murium in Griechenland in grossem Maassstabe anzuwenden. Gern ergriff Verf. die Gelegenheit, seine Methode zu erproben. Durch die Untersuchungen im Laboratorium stand fest, dass der Bacillus typhi murium nur gegenüber den Haus- und Feldmäusen ein tödtlich wirkender Infectionserreger war, während Hausthiere ihn ohne Schaden vertrugen. Ein Umstand, der der Verbreitung des Krankheitserregers besonders günstig erschien, war der, dass sich die Infection von Thier zu Thier leicht fortpflanzte. Die Infection ging in der Weise vor sich, dass die gesunden Individuen die Bacillen



einmal mit den Futterstoffen, welche mit den bacillenhaltigen Dejectionen der erkrankten Individuen besudelt wurden, dann aber ganz besonders durch Anfressen der mit Bacillen durchsetzten Cadaver der der Krankheit Erlegenen in sich aufnahmen. Nachdem auch an Ort und Stelle festgestellt worden, dass die Verhältnisse der in Freiheit lebenden Thiere keine anderen waren, nachdem constatirt worden, dass es sich um eine nahe Verwandte der Arvicola arvalis handelte, wurden die Versuche in folgender Weise angestellt: Um genügendes Infectionsmaterial zu erhalten, wurden in grösserem Maassstabe Bacillen gezüchtet; für die Cultur hatten sich Abkochungen von Hafer- und Gerstenstroh als sehr geeignet erwiesen. In die Culturflüssigkeit wurden Brodstücke getaucht und getränkt, die nun in die Löcher des Mäusebaues gestopft wurden. Dort wurden sie und mit ihnen die Bacillen von den Mäusen gefressen; nach 7—10 Tagen ging das betreffende Individuum unter typhösen Erscheinungen zu Grunde und bildete selbst wieder einen Infectionsquell für zahlreiche andere. Auf diese Weise wurde die Infection immer weiter getragen und vernichtete die Feldmäuse in sehr schneller und kurzer Zeit. Der Erfolg der Methode war ein durchschlagender, die Ernte, die in diesem Jahre durch die Mäuse in Frage gestellt zu werden drohte, ist nunmehr vor ihrer Vernichtung gewahrt geblieben: die Bacteriologie hat einen neuen Triumph gefeiert.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 37. *Ueber die elektrische Behandlung des Ascites und über Herzstillstand bei Faradisation der Bauchmuskeln.*

*Von Prof. Dr. **Glax**, Graz-Abbazia.*

*(Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. XI.)*

*Solfanelli*, *Alvarenga* und Verf. haben eine Reihe von Fällen mitgetheilt, bei welchen sie Ascites und Anasarca durch Faradisation der Bauchmuskeln in kürzester Zeit zum Schwinden brachten. Diese Beobachtungen fanden durch ähnliche Versuche, welche *Sigrist*, *Limberg*, *Popow* und *Muret* anstellten, ihre volle Bestätigung. Weniger übereinstimmend als die gewonnenen Resultate waren jedoch die Art und Weise, in welcher die einzelnen Forscher es unternahmen, den Einfluss der Faradisirung auf die Resorption und Diurese zu erklären und namentlich erhoben sich gewichtige Stimmen gegen eine von Verf. aufgestellte Behauptung. Mittlerweile sind aber mehrere Arbeiten erschienen, welche die Auffassung desselben zu bestätigen scheinen. Verf. erklärte den Vorgang der Resorption in der Weise, dass einerseits die Flüssigkeit durch die Verkürzung der Bauchmuskeln unter einen höheren Druck gesetzt, andererseits durch das Zwerchfell aufgeschöpft werde. Gegen diese rein mechanische Auffassung der resorbirenden Wirkung der Faradisation haben *Erb*, *Muret* und *Eichhorst* Bedenken ausgesprochen (s. im Original). Mittlerweile glaubt Verf. aber, für seine rein mechanische

Auffassung einige Stützen gewonnen zu haben durch die Arbeiten über Massage von *Reibmayr* und *Bum*. *Reibmayr* hat Kaninchen genau gemessene Mengen gewöhnlichen, auf 35° C. erwärmten Wassers in die Bauchhöhle gespritzt und gefunden, dass die Aufsaugungsgeschwindigkeit durch die Massage der Bauchmuskeln auf das Doppelte erhöht wird. Er zieht zur Erklärung dieser Thatsache die Untersuchungen *v. Recklinghausen's* heran, welcher nachgewiesen hat, dass die Aufsaugung von Flüssigkeiten durch die Lymphgefässe der Bauchhöhle, die sich besonders im Centrum tendineum des Zwerchfelles sammeln, rasch und ununterbrochen stattfindet, dass aber am entschiedensten und wirksamsten hierbei der Druck in der Bauchhöhle zur Geltung kommt. Mit dem Thierexperimente stimmen die Erfahrungen *Reibmayr's* am Menschen überein und gelingt es nach seinen Angaben, auch Ascites durch Bauchmassage zu heilen. Darnach scheint Verf. kein triftiger Grund vorzuliegen, um die Richtigkeit der von ihm aufgestellten mechanischen Theorie der Resorption in Zweifel zu ziehen. Dagegen hat *Bum* eine weitere Entdeckung gemacht, welche ebenfalls eine von dessen klinischen Erfahrungen zu bestätigen geeignet ist. Der genannte Forscher fand nämlich, dass das Offenbleiben der Venen eine unerlässliche Bedingung für den Effect der Massage darstellt.

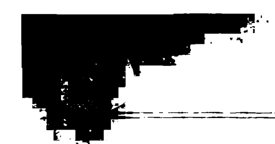
Betrachtet man die einzelnen Fälle von Ascites, bei welchen bisher die Faradisation der Bauchmuskeln mit Erfolg vorgenommen wurde, so findet man sehr verschiedene Ursachen der Flüssigkeitsansammlung angegeben. *Solfanelli, Sigrist, Limberg* und Verf. haben je einen Fall von Lebercirrhose mitgetheilt, *Alvarenga* einen Fall von Morbus Brighti, *Popow* einen Fall von Intermittens, *Muret* zwei Fälle von Milztumor und chronischer tuberculöser Peritonitis, endlich Verf. drei Fälle von Mitralinsufficienz und einen Fall von Peritonealexsudat bei einem Kinde. So different die einzelnen Krankheitsprocesse waren, welche hier Ascites zur Folge hatten, so war doch bei allen der Effect der Faradisation ein gleich günstiger, während Verf. in einem anderen Falle, in welchem allerdings auch jede andere Therapie wirkungslos geblieben war, nicht den geringsten Erfolg beobachten konnte. Frau W., 45 Jahre alt, hat vor fünf Jahren einen Gelenksrheumatismus überstanden und leidet seitdem an Athembeschwerden. Allmälig stellte sich Ascites ein, welcher in den letzten zwei Jahren sechsmal punctirt wurde, wobei jedesmal 15—16 Liter entleert wurden. Die Untersuchung ergab eine Insufficienz der Mitralklappe und Stenose des linken Ostium venosum, enormen Ascites, bedeutende Leberschwellung und linksseitigen Hydrothorax. Besonders auffällig waren neben einer hochgradigen Cyanose des Gesichtes die enorm erweiterten und geschlängelten Hautvenen, welche sich netzförmig über Bauch und Brust ausbreiteten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass in dem genannten Falle der Ascites nicht, wie in den früher von Verf. mitgetheilten Fällen, durch den Klappenfehler allein bedingt war, sondern die Ursache für die Flüssigkeitsansammlung muss hier in einer Compression der unteren Hohlvene gesucht werden. Hierfür sprechen die hochgradigen Erweiterungen im Gebiete der Venae epigastricae et mammariae, das Fehlen eines Oedemes der unteren Extremitäten und endlich



der Umstand, dass alle Diuretica mit Ausnahme des Calomels ohne jeden Erfolg gereicht wurden. Der Versuch, durch Faradisation der Bauchmuskeln eine Verringerung des Transsudates herbeizuführen, war gleichfalls ein vollkommen nutzloser, und glaubt Verf. sich zu dem Schlusse berechtigt, dass die Faradisirung ebenso wie die Massage nur dann zur Steigerung der Harnausscheidung führen kann, wenn die Venen offen sind. So sehr die vorausgehenden Mittheilungen zu Gunsten von Verf.'s Auffassung der rein mechanischen Wirkung der Elektricität bei der Resorption von Flüssigkeiten aus der Bauchhöhle sprechen, so scheint es doch, dass bei sehr mageren Individuen mit dünnen Bauchdecken wirksame Stromschleifen die Bauch- und Beckengeflechte des Sympathicus treffen können. Von dieser Thatsache hat sich Verf. bei hochgradig abgemagerten neurasthenischen Individuen überzeugt, welchen er wegen Atonie der Gedärme die Bauchmuskeln faradisirte. *v. Basch* hat einen Fall veröffentlicht, wo er bei einer sehr anämischen Frau nach circa zwei Minuten dauernder Application tetanisirender Wechselströme auf den Unterleib Syncope beobachtete. Die Kranke wurde auffallend blass, liess den Kopf zur Seite hängen, die Athmung hörte vollständig auf und erst nachdem die Patientin horizontal gelagert und massirt worden war, kehrte das Bewusstsein unter plötzlicher starker Röthung des Gesichtes wieder. *v. Basch* meint, dass vielleicht eine Reizung der peripheren Enden des Splanchnicus zum Herzstillstand und hierdurch zur Ohnmacht geführt habe und weist auf den *Goltz*'schen Klopfversuch hin. Eine analoge Beobachtung machte Verf. im Jahre 1876 bei einem jungen, hochgradig abgemagerten Neurastheniker, welchem er die Bauchmuskeln wegen hartnäckiger Obstipation faradisirte. Dieser Fall veranlasste Verf. zu untersuchen, ob man bei Fröschen durch Faradisirung der Bauchmuskeln analog dem *Goltz*'schen Klopfversuch Herzstillstand hervorrufen könne. Trotzdem Verf. nur schwache Ströme in Anwendung brachte, konnte er doch durch Faradisirung der Recti abdominis sets mehrmals nacheinander einen Stillstand des Herzens in der Diastole hervorrufen. Wurde das Experiment längere Zeit fortgesetzt, so blieb der Effect aus und konnte er denselben dann auch durch Klopfen nicht mehr erzielen. Nach einer kleinen Ruhepause gelang jedoch der Versuch von Neuem. Eine Reizung der schiefen Bauchmuskeln hatte in der Regel auf die Herzbewegung keinen Einfluss, dagegen konnte er bei einzelnen Fröschen nach Ausschaltung des Stromes durch das blosse festere Aufdrücken der Elektroden auf die Recti abdominis Herzstillstand hervorrufen. Aus diesen Untersuchungen erhellt sonach, dass die Faradisation der Bauchdecken beim Frosch denselben Effect hat, wie der *Goltz*'sche Klopfversuch. Wird also das Resultat dieser Experimente mit den Beobachtungen verglichen, welche *v. Basch* und Verf. am Menschen gemacht haben, so dürfte wohl der Schluss gestattet sein, dass unter Umständen bei mageren, neuropathischen und anämischen Personen eine percutane elektrische Reizung des Plexus coeliacus mit consecutiver Erregung des Vagus und Herzstillstand eintreten kann. Ebenso dürfte, obwohl dem Verf. kein derartiger Fall bekannt wurde, die Bauchmassage ähnliche Erscheinungen hervorrufen können, da er einerseits bei blossem Druck auf die Bauchganglien schon Unwohlsein eintreten sah und







andererseits auch bei manchen Fröschen das Anpressen der Elektroden allein genügte, um Herzstillstand zu erzeugen. Immerhin mahnen derartige Beobachtungen mindestens zur Vorsicht, wenn auch nur eine erhöhte Reflexerregbarkeit, wie sie bei Neurasthenikern und Hysterischen zumeist besteht, derartige Erscheinungen zu Stande kommen lässt. Eine andere Frage ist es aber, ob nicht bei manchen Menschen die Erregung der sensiblen Hautnerven durch die Faradisation, ähnlich der Wirkung anderer Hautreize, allein genügt, um vorübergehend Blutdruckschwankungen und vermehrte Harnausscheidung auszulösen. *O. R.*

---

# Literatur.

38. ***Handbuch der Unfallverletzungen.*** *Von Dr. Constantin Kaufmann. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1893.*

Die Unfallversicherungs- und Haftpflichtgesetze haben trotz der verhältnissmässig kurzen Zeit ihrer Wirksamkeit bereits eine ganze Literatur erstehen lassen, welche den Aerzten die schwere Aufgabe der Beurtheilung und die noch schwerere der Abschätzung der Unfallfolgen erleichtern soll. Wesentlich in Betracht kommen hierbei nur drei Staaten: Deutschland, Oesterreich und die Schweiz, welche jedoch keineswegs nach einheitlichen Principien vorgehen. Während z. B. bei den beiden ersten als Entschädigung zumeist eine Rente angewiesen wird, welche einen dem Entgange entsprechenden Theil des Arbeitslohnes vorstellt, wird in der Schweiz durchwegs den Verletzten ein Capital zugesprochen, dessen Interessen seinem Verluste an Arbeitskraft entsprechend gefunden werden. In Oesterreich erfolgen sämmtliche Entscheidungen über Unfallverletzungen unter Mitwirkung ärztlicher Sachverständiger. In Deutschland besitzen die Berufsgenossenschaften Vertrauensärzte, aber weder bei den Schiedsgerichten, noch in der Spruchsitzung des Reichsversicherungsamtes wirken ärztliche Sachverständige mit; bei den Entscheidungen werden lediglich die eingelangten Gutachten berücksichtigt, und in der Schweiz lässt die Betheiligung der Aerzte in Unfallsachen wohl am meisten zu wünschen übrig, weder für die behandelnden, noch für die begutachtenden Aerzte existirt daselbst irgend welche Instruction.

Verf. bringt nun in erster Reihe sämmtliche für die Aerzte in Betracht kommenden Bestimmungen der Haftpflichtgesetze in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz und entwickelt die daraus sich ergebenden allgemeinen Gesichtspunkte für die Untersuchung und Begutachtung der Unfallverletzungen. So ersehen wir, dass die sogenannten Gewerbekrankheiten, welche als das Endergebniss der eine lange Zeit andauernden, der Gesundheit nachtheiligen Lebensweise bei bestimmten Gewerbethätigkeiten aufzutreten pflegen, z. B. Phosphornecrose in Zündholzfabriken, n i c h t a l s U n f a l l aufzufassen sind. Dagegen ist eine Gesundheitsstörung als Folge einer zeitlich bestimmbaren plötzlichen Einwirkung von schädlichen Stoffen, z. B. Blutvergiftung in Folge des Eindringens von Phosphor in eine vorhandene Wunde, Milzbrand bei den Arbeitern einer Rosshaarspinnerei in Folge Verwendung von Haaren milzbrandkranker Thiere, den Unfällen zuzurechnen.

Zumeist sind es jedoch chirurgische Krankheiten, welche hier in Betracht kommen und diese werden im zweiten, speciellen Theile des Buches nach anatomischen Principien geordnet, ausführlich abgehandelt.





Zahlreiche Beispiele, den Entscheidungen, die in Unfallversicherungsangelegenheiten bereits getroffen wurden, entnommen, illustriren jedes einzelne Capitel in sehr praktischer Weise.

Besonders interessant sind die Ausführungen über Entlarvung bei Simulation, die bei Klagen über Schwäche und Kraftlosigkeit verletzter Glieder und Gelenksteifheit mitunter sehr schwer zurückzuweisen ist.

Wenn als Folgen einer Verletzung nur subjective Beschwerden angegeben werden, die sich objectiv gar nicht controliren lassen, soll dem Arzte gestattet sein, die endgiltige Beurtheilung des Falles von sich ab und den entscheidenden Behörden zuzuweisen. So unter Anderem, wenn der Verletzte Schwindel und Kopfschmerzen als Folgen einer Kopfverletzung angibt und keine objectiven Veränderungen bestehen. Der Arzt hat jedoch in einem solchen Falle die Möglichkeit der Beschwerden als Folgen der Verletzung anzuerkennen.

Betreffs der so schwierigen ziffermässigen Abschätzung der Unfallverletzungen bezüglich der Entschädigung wird ebenfalls an der Hand der bereits in analogen Fällen getroffenen Entscheidungen eine klare Richtschnur gegeben.

Rühmenswerth ist an dem mit ungemeinem Fleisse gearbeiteten Werke die strenge Unparteilichkeit, die, gepaart mit echter Humanität und wahrer Menschenfreundlichkeit, dem Gesetze, dem Rechte und der Billigkeit im gleichen Masse Rechnung trägt. Obwohl der gesammte Stoff nach wissenschaftlichen Grundsätzen bearbeitet ist, ist die Sprache dennoch durch Verdeutschung der medicinisch-technischen Ausdrücke eine auch für Nichtärzte vollkommen verständliche, so dass das Buch von allen Interessenten an der Unfallversicherung verwendet werden kann.

*Dr. E. Lewy.*

39. ***Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes.*** *Von Professor Dr.* ***L. Schrötter.*** *6. Lieferung. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1892.*

Mit der endlich erfolgten Herausgabe dieser sechsten Lieferung ist der erste Band des *Schrötter*'schen Werkes beendet und wir haben nun das ganze Bild der Kehlkopfkrankheiten abgeschlossen vor uns. Was wir bei der Besprechung der fünf früheren Lieferungen bereits als das Charakteristische der Arbeit hervorgehoben haben, die überaus klare, auf reichster Erfahrung beruhende Darstellung, der lebhafte ungemein fesselnde Vortrag erreichte in dieser Endlieferung des ersten Bandes den Glanzpunkt. Es ist nicht zu viel gesagt, wenn man hervorhebt, dass an sich trockene Streitfragen, wie z. B. Adductorencontractur oder Abductorenlähmung, in so fasslicher und für den Nichtspecialisten so interessanter, anregender Weise haben dargestellt werden können. Die 1. in dieser Lieferung, die 35. Gesammtvorlesung, bespricht die Neurosen des Kehlkopfes, Hyperästhesien und Neuralgien, Anästhesie und Parästhesie mit ihren Symptomen, Prognosen und Therapie und bei jedem dieser Punkte finden sich neue wichtige Gedanken und Fingerzeige. Die 36. Vorlesung bespricht den Glottiskrampf und den nervösen Husten. Den ersteren findet Verf., um nur Etwas hervorzuheben, am häufigsten im Gefolge chronischen Catarrhs und hierhin rechnet er auch die Fälle mit unbeträchtlichen Veränderungen, bei denen angeblich keine Ursache nachweisbar war. Aus diesem Capitel führen wir noch an, dass Verf. im Gegensatz zu Anderen den Begriff des nervösen Hustens feststellt, und zwar als Hustenbewegungen, die ohne anatomisch nachweisbare Ver-



änderungen im Respirationstracte durch reflectorische Reizung entweder von der Peripherie her, und zwar auf den normalen Bahnen des N. laryng. sup. oder auf anormalen Bahnen oder durch erhöhte Erregbarkeit des centralen Nervenapparates bedingt sind. Ferner wie richtig ist der Satz: „Die lange Uvula ist nicht nur beschuldigt worden, den chronischen Catarrh des Larynx, sondern auch den nervösen Husten hervorzubringen.“ Diese Anschauung ist gewiss nicht berechtigt . . . und nicht leicht ist mit einer Operation so viel Missbrauch getrieben worden, als mit der Amputation der Uvula etc. Die 37. Vorlesung bespricht Coordinationsstörungen oder atactische Bewegungen im Kehlkopfe, die 38. die Lähmung im Kehlkopfe. Verf. hält fest, dass der motorische Larynxnerv der Accessorius ist, bespricht die Frage eines corticalen Centrums für den Larynx an der dritten Stirnwindung, kommt auf die vielfältigen Ursachen, welche auf beide Recurrentes etc., besonders den linken, innerhalb der Brusthöhle einwirken, immer eigene Erfahrungen als Belege anführend. Die 39. Vorlesung, die Lähmung des Stimmbandspannapparates und der Glottisschliesser betreffend, kann ebensowenig wie die 40., Lähmung der Glottisöffner, eingehend besprochen werden wegen der Fülle des Materiales und weil nur durch Selbstlectüre die grosse Bedeutung des Gebotenen einleuchtet. Die beiden letzten Vorlesungen geben ein in jeder Beziehung vollkommenes Bild der Recurrenslähmung, des Accessorius und Vagusparalyse, der Prognose und Therapie. Zum Nachschlagen und zur Repetition geeignete Register schliessen das bedeutungsvolle Werk, dessen weite Verbreitung zweifellos ist.

*Hausmann*, Meran.

40. ***Umsturz der Harvey'schen Lehre vom Blutkreislaufe und Erklärung der natürlichen Blutbewegung.*** *Von Dr.* ***F. Jezek.*** *Leipzig, Peter Hobbing, 1892.*

Im Nachwort schreibt der Verf., es erscheine ihm unerlässlich, um seiner neuen Lehre allgemein Eingang zu verschaffen, einen Congress zu berufen, zu dem jeder Staat seine Vertreter senden könne . . ., um über die Errungenschaften der vorliegenden Schrift zu verhandeln!! Er ist überzeugt, dass sich die medicinische Wissenschaft mit Eifer seiner Sache bemächtigen wird. Wir nicht.

*xy.*

41. ***Grundriss der operativen Geburtshilfe für Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Friedrich Schauta,*** *o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Wien. Zweite, verbesserte und theilweise umgearbeitete Auflage. Mit 58 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1892.*

Die zweite Auflage dieses für den Praktiker bestimmten Lehrbuches ist durch den Verf., welcher ja seit dem Erscheinen der ersten Auflage umfassende Gelegenheit hatte, auf geburtshilflich- wie gynäkologisch-operativem Gebiete eine ausgezeichnete Thätigkeit zu entwickeln, gründlich umgearbeitet worden. Dabei ist jedoch der leitende Gedanke, eine kurzgefasste, präcise Darlegung für die Praxis am Geburtsbette zu geben, nicht ausser Acht gelassen worden und sind die geburtshilflichen Operationen klar und fasslich selbst für den Studirenden geschildert. Entsprechend den Fortschritten in Bezug auf Indicationsstellung und Ausführung des Kaiserschnittes, der Porro-Operation, der Laparotomie bei Uterusruptur und bei Extrauterinschwangerschaft sind die diesbezüglichen Abschnitte vollkommen neu bearbeitet. Ueberall ist die Literatur ebenso wie die eigene Erfahrung berücksichtigt, um daraus klare Indicationen fest-

zustellen, den Zeitpunkt der Operation anzugeben und diese selbst eingehend zu beschreiben. Zahlreiche Abbildungen illustriren anschaulich den Text und sind vorzüglich ausgeführt, einzelne derselben nach Photographien angefertigt. Eine eingehende Besprechung des Buches kann nicht der Zweck dieser Zeilen sein, welche nur die Aufmerksamkeit weiterer ärztlicher Kreise auf dieses Buch lenken sollen, das einen so eminent praktischen Werth besitzt. Prof. ***Kisch.***

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

42. ***Der Gang der Cholera im Jahre 1892.*** *Von Hofrath Prof. Dr.* ***Drasche.*** *Vortrag, gehalten im Wiener medicinischen Club am 9. November 1892. (Prager med. Wochenschr. 1892, 47.)*

Die Gefahr einer diesjährigen Cholerainvasion Oesterreichs und besonders Wiens ist in Anbetracht des früheren Verhaltens der Seuche bei ihrem pandemischen Vorkommen in Europa wohl glücklich vorüber. Im Ganzen haben sich in Oesterreich bis 7. November blos 126 Erkrankungen und 66 Todesfälle ereignet, und zwar:

in Galizien . . 120 Krankenfälle,<br>
„ Steiermark . 2 „<br>
„ Böhmen . . 1 „<br>
und zuletzt in Wien 3 „

Nirgends ist die Krankheit eigentlich epidemisch aufgetreten, hat sich mehr auch nur in vereinzelten oder gehäuften Fällen gezeigt. Wie verschwindend klein sind doch diese Zahlen im Vergleiche zu den vorangegangenen Epidemien, von welchen wir so schwer heimgesucht wurden. So kamen in der österreichischen Monarchie 1831 803.861 Erkrankungen und 333.160 Todesfälle an Cholera vor. Hiervon entfielen auf Galizien allein 255.744 Krankheitsfälle. Auch 1855 erkrankten in Oesterreich 662.814 Einwohner an der Cholera und starben von diesen 270.915. Die letzte grosse Epidemie von 1873 raffte von 539.730 Erkrankten 289.241 dahin. Auf Oesterreich kamen damals 106.642 Todesfälle und auf Ungarn 182.599. Galizien erlitt gleichzeitig einen Menschenverlust von 94.766. Wie günstig gestalteten sich diese Verhältnisse doch, als 1884 die Seuche aus dem Oriente nach Europa gelangte und in einigen Ländern (Italien, Spanien) ausserordentliche Verheerungen anrichtete. Im Ganzen erkrankten in Oesterreich 996 Bewohner, von denen 525 starben. Nur an einem einzigen Orte — zu Triest — trat sie epidemisch auf. Ungarn, welches schwerer betroffen wurde, hatte 3178 Erkrankungs- und 1602 Todesfälle. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass die Cholera bei ihren letzten Invasionen einerseits eine Abschwächung ihres epidemischen Charakters zeigte, andererseits, wenn auch nicht allerorts, gleichzeitig günstigere sanitäre Verhältnisse bestanden und auch wirksamere Vorkehrungen gegen ihr Eindringen getroffen wurden. Es ist für den Chronisten ein Gefühl der Freude und Genugthuung, dass dies für Oesterreich besonders gilt. Es drängt sich hierbei aber auch ein peinliches Befremden auf, dass während der früheren, so schlimmen Epidemien eine weit grössere Ruhe und Fassung sich allenthalben mehr als diesmal kundgegeben hat. Die gegenwärtige Massenflucht, die allgemeine Angst und Furcht vor der Cholera — eigentlich vor den Bacillen, die allüberall hausend, bei allen Widersprüchen, fort und fort vor die Augen geführt wurden, sind sehr bedauerliche Erscheinungen unserer Zeit.



Die im letzten Drittel des Monates October in Wien vorgekommenen 3 Choleraerkrankungen, von welchen 2 tödtlich verliefen, fanden zwar in einer und derselben Gegend an der Donau bei an derselben fort beschäftigten Individuen statt, liessen aber keinen gegenseitigen Zusammenhang aufweisen, hatten auch keine weiteren gleichen Erkrankungen, weder in ihrer allernächsten Umgebung, noch überhaupt zur Folge und dürften wahrscheinlich ihre Provenienz durch den Schiffsverkehr auf der Donau von Ungarn her haben. Nirgends ereigneten sich gleichzeitig in Wien trotz des lebhaften und unbehinderten Verkehres mit dem verseuchten Budapest solche Erkrankungen. Der bei sämmtlichen sicher stattgefundene Genuss des Donauwassers lässt eine durch dieses allein veranlasste Infection nicht annehmen. Dasselbe gilt auch von einem dieser Fälle, welcher zeitweilig mit dem Abladen von aus Budapest zu Wasser in gut geschlossenen Ballen angelangten Hadern beschäftigt war. Alle 3 Kranken zeigten nicht das complete klinische Bild der wirklichen Cholera, namentlich fehlte den Entleerungen der Reiswassercharakter. Auch der Leichenbefund an und für sich stützte nicht die Annahme der asiatischen Cholera, welche nur auf Grundlage der vorhanden gewesenen *Koch*'schen Bacillen als solche erklärt wurde.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Cholera- oder vielmehr Bacillenfrage sind wohl die nicht in den Laboratorien, sondern im lebendigen Laufe der Seuche gesammelten und festgestellten Erfahrungen über die Verbreitungsweise der Krankheit am massgebendsten. Nicht der kranke Mensch allein, sondern auch von ihm herstammende Gegenstände — leblose Träger — vermögen die Ansteckung in die Nähe und Ferne zu vermitteln. Schon in den allerersten Epidemien wurde die von Cholerakranken benützte Wäsche als infectiös betrachtet, da die solche reinigenden Menschen so häufig an der Seuche erkrankten. Die von mir während der Epidemien 1866 und 1873 in dieser Richtung angestellten Untersuchungen ergaben, dass in einer hiesigen, die Spitäler versorgenden grossen Waschanstalt regelmässig nach Ankunft von Cholerawäsche Erkrankungen unter den Wäscherinnen bei Freibleiben der übrigen Personen erfolgten. So erkrankten daselbst 1866 16 und 1873 13 von 80 Wäscherinnen an der Cholera. Bei Einzelnen kam es vor, dass dieselben gleichsam stehenden Fusses an den Waschbottichen vom Unwohlsein und den ersten Symptomen der Krankheit befallen wurden. Von den Spitalswärterinnen und Leuten, welche mit dem Abzählen, Auf- und Abladen der Wäsche nur flüchtig zu thun hatten, erkrankte Niemand. Beobachtungen, nach welchen bei Versandt von Cholerawäsche in selbst weite Entfernungen und noch nach längerer Zeit Infectionen der damit Hantirenden vorkamen, sind sehr zahlreich. Der Wiener Stadtphysikatsbericht vom Jahre 1866 citirt sogar einen Fall, wo ein Knabe aus Wien von seinen Verwandten auf dem Lande, nach Choleraerkrankungen unter diesen, in aller Eile mit seinen, blos neben der Cholerawäsche aufbewahrten schmutzigen Hemden zu seinen Eltern zurückgeschickt wurde, gesund blieb, dessen Mutter aber nach Reinigung der Wäsche an der Cholera starb. Die Cholerawäsche ist daher das gefährlichste, die Krankheit verbreitende Medium.

Da abgenützte, von Cholerakranken verunreinigte Wäsche auch als Hadern in den Verkehr gelangen, so können diese gleichfalls infectiös sein. Während den Hadern einerseits eine sehr beschränkte Ansteckungsfähigkeit zugeschrieben wird, so gelten dieselben andererseits zu Cholera-





zeiten wieder geradezu als eine internationale Gefahr. Die von mir während der beiden letzten Wiener Epidemien (1866, 1873) in dieser Richtung gepflogenen Erhebungen in 20 Papierfabriken, welche damals über 4000 Arbeiter beschäftigten, gegen 300.000 Centner Hadern verarbeiteten und diese auch aus verseuchten Gegenden bezogen, ergaben, dass nur in 5 derartigen Etablissements die Cholera aufgetreten war. Aber nur in einer einzigen Fabrik liess sich der Ausbruch der Seuche auf den Hadernbezug zurückführen und die ersten und meisten Erkrankungen in den Sortirsälen aufweisen. Die gleichzeitigen Nachforschungen betreffs des Verhaltens der Cholera in den Hadernmagazinen Wiens und Pressburgs mit einem jährlichen Waarenverkehre von 300.000 Centnern aus meist von der Seuche betroffenen Gegenden liessen nicht eine einzige Erkrankung unter den dortigen Arbeiterinnen constatiren.

(Schluss folgt.)

# Kleine Mittheilungen.

43. ***Ueber die Wirkung des Heidelbeerdecoctes auf die Epithelauflagerungen der Harnröhre.*** *Von **J. Grünfeld.** (Blätter f. klin. Hydrotherap. 1891. 7. — Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- und Sexualorgane. 1893, pag. 52.)*

Verf. injicirte gegen die in Form von sehnenartig glänzenden Plaques auftretenden Epithelauflagerungen bei chronischer Urethritis das von *Winternitz* in die Therapie eingeführte Heidelbeerendecoct, und zwar ein Decoct von 100·0 der Frucht auf 300·0 Colatur und erzielte damit in wenigen Tagen eine wesentliche Besserung des Kranken. Dieser therapeutische Erfolg ist eine neuerliche Bestätigung der grossen Aehnlichkeit, die zwischen diesen Epithelialauflagerungen und der Leucoplacia buccalis besteht.

44. ***Das Verhalten der Commabacillen im Caviar*** prüfte ***Gruber.*** (Das österr. Sanitätswesen. 1892. 46, 47.) In einer Versuchsreihe Verf.'s betrug die Zahl der Choleravibriocolonien aus einem Löffelchen Caviarmasse unmittelbar nach der Infection: 1,640.700, nach 24 Stunden 90—100, nach 48 Stunden 20. Alle Versuche bewiesen, dass Caviar kein Nährboden für die Choleravibrionen ist und auf ihm unter keinen Umständen Vermehrung der ausgesäten Keime erfolgt. Bei Zimmertemperatur erfolgt das Absterben der Cholerakeime sehr rasch. Nach 5—6 Tagen dürften auch die widerstandsfähigsten Keime abgestorben sein.

45. Als ***Enthaarungsmittel*** empfiehlt ***Unna*** (Pharm. Ztg. 1892. 48. — Berliner klin. Wochenschr. 1892. 48) ein Gemisch aus gleichen Theilen Bariumsulfid, Zinkoxyd und Stärkemehl. Das Pulver wird mit Wasser zu einer Paste angerührt und auf die zu enthaarende Stelle aufgetragen. Beim Abnehmen der Paste — nach Eintrocknung derselben — ist die Stelle enthaart. Reizung oder Schmerzhaftigkeit der Haut tritt nicht ein; nur darf man dieselbe Stelle nicht zweimal hintereinander innerhalb kurzer Zeit mit der Paste in Berührung bringen.

46. ***Pyrozon*** ist nach Sem. méd. eine 50procentige Lösung von Wasserstoffsuperoxyd in Aether. Die auf die gesunde Haut aufgetragene Flüssigkeit entfärbt dieselbe sofort und ruft zu gleicher Zeit ein stechendes, manchmal ziemlich schmerzhaftes Gefühl hervor, dem ein Jucken der Haut folgt. Da die durch das Medicament hervorgerufene Entfärbung lange Zeit anhält, wurde es wiederholt angewendet, um verschiedene Flecken der Haut, wie Leberflecke u. s. w., weniger sichtbar zu machen. (Pharm. Ztg. 1892. 96.)

47. Ueber den ***Gebrauch der Alkalien bei Pruritus*** berichtet ***Lange,*** indem er hervorhebt, dass er im Urin solcher Kranken grössere Quantitäten Harnsäure und Urate gefunden und auf den Gebrauch von doppeltkohlensaurem Natron, kohlensaurem Lithion und alkalischer Wässer ausgezeichnete Erfolge erreicht habe. Die krankhaften Erscheinungen schwanden wenige Tage nach der in vorgeschriebener Weise unternommenen Behandlung, welche Monate hindurch fortgesetzt wurde und eine volle Heilung der Patienten herbeiführte.

(Deutsche med. Wochenschr. 1892. 50.)



## Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

Bericht des k. k. Kaiserin Elisabeth-Spitals in Wien vom Jahre 1891. Wien 1892, Verlag der Anstalt.

*Elsner, Dr. Fritz.* Die Praxis des Chemikers bei Untersuchung von Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen, Handelsproducten, Luft, Boden, Wasser bei bacteriologischen Untersuchungen, sowie in der gerichtlichen und Harnanalyse. Ein Hilfsbuch für Chemiker, Apotheker und Gesundheitsbeamte. V. umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss, 1892.

*Franke, Dr. med. Carl,* praktischer Arzt. Die menschliche Zelle. Grundzüge ihres Daseins und ihrer Gesundheitspflege, Cellular-Biologie und Cellular-Hygiene. Mit 3 Tafeln und 40 Abbildungen. Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1891.

*Hoffmann, Dr. Friedrich Albin,* k. k. wirkl. Staatsrath, o. ö Professor. Director der Universitätspoliklinik zu Leipzig, Lehrbuch der Constitutionskrankheiten. Mit zahlreichen Curven. (Bibliothek des Arztes. Eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.) Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

*Kreidmann, Dr. med.,* Specialarzt für innere und Frauenkrankheiten zu Altona. Der Nervenkreislauf, anatomisch und experimentell nachgewiesen und als ätiologische Grundlage zur Behandlung der Krankheiten bearbeitet. I. Theil, 1. Abtheilung. Druck und Verlag Poutt & v. Döhren, Hamburg 1893.

*Volkmann, Richard v.* Sammlung klinischer Vorträge Neue Folge herausgegeben von *Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb* und *Franz v. Winckel.* Leipzig, Breitkopf & Härtel, 1892.

Nr. 56. *Mijulieff H.* Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis gravidarum im Zusammenhang mit dem intrauterinen Absterben der Frucht.
Nr. 57. *Burger Hendrik.* Die Frage der Posticuslähmung.
Nr. 58. *Sonntag Ernst.* Das *Hegar*'sche Schwangerschaftszeichen.

**Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.**

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.









Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.





# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

48. ***Ueber den Stickstoffhaushalt der Nierenkranken.*** *Von v. Noorden, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 35.)*

Der gesunde Mensch scheidet durch Nieren und Darm ebensoviel N aus als er in der Nahrung aufnimmt. Dieses Stickstoffgleichgewicht wird jedoch gestört a) bei pathologischer Steigerung des Eiweisszerfalles (Fieber, Diabetes, Carcinom, Phosphorvergiftung), da übertrifft der N-Gehalt des Urins den der Nahrung; b) bei abnormer Herabsetzung des Eiweisszerfalles (Reconvalescenz fieberhafter Krankheiten), wobei sich in Koth und Urin weniger N findet. Der Stickstoffhaushalt Gesunder und Nierenkranker ist ein ganz gleicher. Abweichungen davon sind entweder durch abweichende Resorptionsverhältnisse des Darmes, oder durch krankhafte Veränderungen der Nierensecretion bedingt. Versuche ergaben. dass die Verhältnisse der Darmresorption bei Nephritis einen Unterschied der N-Ausscheidung nicht erklären; eine Ausnahme machen vielleicht die urämischen Zustände. Bei acuter und chronischer Nephritis dagegen kann die Menge des im Koth ausgeschiedenen N etwas grösser sein als bei Gesunden, jedoch nicht um soviel, dass die Summe des Harnstickstoffes dadurch wesentlich beeinflusst wird. Demnach ist zur Erklärung der veränderten N-Ausscheidung nur die krankhaft veränderte Nierensecretion heranzuziehen, hierbei ist aber ein Unterschied zwischen acuter und chronischer Nephritis zu machen. Bei der acuten Form ist in Folge der starken Verminderung der Urinmenge die N-Ausscheidung in der Regel bedeutend herabgesetzt; Ausnahmen finden bisweilen statt. wenn die Nephritis sich an acute Infectionskrankheiten anschloss. Während dieser Zeit werden N-haltige Körper (meist Harnstoff) im Organismus aufgespeichert, um ihn nach Ablauf der Krankheit wieder zu verlassen; dann folgt eine Periode vermehrter N-Ausscheidung auf eine solche von N-Retention, und somit ist ein Ausgleich hergestellt. Bei der chronischen Nephritis — sowohl bei der parenchymatösen, wie bei der interstitiellen Form — jedoch findet sich häufig, dass die N-Ausscheidung genau so wie bei Gesunden vor sich geht. In anderen Fällen jedoch kommt es zu bedeutenden Schwankungen: Perioden vermehrter N-Elimination wechseln mit Zeiten von N-Retention; die bei letzteren im Organismus angesammelten N-haltigen Zerfallsproducte werden während ersterer wieder entfernt. Fände ein derartiger Ausgleich nicht statt, so würden diese N-haltigen Zerfallsproducte sich kiloweise im Körper aufspeichern. Eine andere Art der Entfernung ist nicht denkbar: der Schweiss wenigstens kann auch nicht annähernd die im Körper zurückbleibenden überschüssigen N-Mengen ausführen;

nach Versuchen Verf. fand sich bei Nierenkranken in dem künstlich erregten Schweiss in einer aufgesammelten Menge von 1·5—2 Kgrm. 0·5 Grm. N, während es sich unter den gegebenen Verhältnissen um weit grössere Mengen (bis zu 24 Grm.) handelt. Oedeme sind vollkommen ohne Einfluss auf die N-Ausscheidung. Verf. nimmt an, dass die Verhältnisse der N-Ausscheidung bei chronischer parenchymatöser Nephritis dieselben sind wie bei Schrumpfniere; jedenfalls haben die bisherigen Untersuchungen für beide Krankheiten das Schwanken der N-Elimination ergeben, ohne einen Anhalt dafür zu bieten, dass zwischen ihnen ein Unterschied im N-Haushalt besteht. Die Frage, ob die N-Retention das Zustandekommen von Urämie begünstigt, lässt Verf. noch offen; er hält einen Zusammenhang zwischen N-Retention und Urämie indessen nicht für wahrscheinlich, da nach seinen Beobachtungen weder die N-Retention die urämischen Anfälle vorbereitet, noch starke N-Elimination die Gefahr der Urämie beseitigt. Ueberhaupt scheint das Allgemeinbefinden weder durch N-Retention, noch durch das Gegentheil beeinflusst zu werden; trotzdem muss das Bestreben des Arztes darauf gerichtet sein, die N-Anhäufung zu verhindern, da die Erreichung dieses Zieles gewissermassen mit einer Heilung der Nephritis zusammenfällt.

Schliesslich berührt Verf. noch die bei Nephritis zu verordnende Diät; nach den neueren Untersuchungen lässt sich annehmen, dass die Albuminurie durch den Eiweissgehalt der Nahrung nicht wesentlich beeinflusst wird. Ebensowenig ist erwiesen, dass die N-Retention bei eiweissreicher Nahrung grösser ist; auch bei spärlichster Eiweisszuführung findet eine N-Retention bis zu einem gewissen Grade statt; andererseits wäre es aber möglich, dass man durch eiweissarme Kost eine Entlastung der chronisch erkrankten Nieren herbeiführen könnte. In dieser Beziehung ist Verf. folgender Ansicht: Die eiweissarme Kost ist angebracht bei acuter Nephritis, bei Exacerbationen chronischer Nephritis, bei beginnender Urämie, weil die Nieren dadurch geschont werden, ohne dem Gesammtorganismus zu schaden; dagegen ist beim chronischen Morbus Brightii gewohnte Kost zu belassen, da man die eiweissarme Kost nicht, wie doch nöthig, Monate lang durchführen kann, ohne die Ernährung des Gesammtorganismus auf's Schwerste zu schädigen; diese Schädigung würde natürlich auch auf die Nieren zurückwirken und würde nicht einmal ausgeglichen werden, wenn man sich von dieser Diät mit Sicherheit einen wirklichen Vortheil für die erkrankten Nieren versprechen könnte.

*Hertzka,* Carlsbad.

49. ***Fall von Myxödem mit psychischen Störungen; behandelt mit Injectionen von Schilddrüsensaft.*** *Von Dr.* ***de Boeck.*** *(Journ. d. sciences méd. de Bruxelles. 1892. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. Dec.)*

Die Erfahrung des Verf. enthält einen hohen Grad der Wahrscheinlichkeit, wenn nicht gar einen stricten Beweis für die Theorie von *Hosse* und *Eodard.* Es handelt sich um eine Frau von 24 Jahren, welche seit ungefähr 10 Jahren an Myxödem litt. (Die Genitalien sind noch unentwickelt und sie war noch nie menstruirt.) Die Krankheit war durch seelische Symptome complicirt (Schlaflosig-



keit, Angstgefühle, Unfähigkeit zu jeder geistigen Arbeit, Stummheit und zuletzt Demenz). Verf. machte vom 3. Januar bis 28. Mai 28 Schilddrüsensafteinspritzungen mit einer kürzesten Frist von 3 zu 3 Tagen. Von der dritten Einspritzung ab beobachtete er eine beträchtliche Härte der Gewebe, Verschwinden des Oedems, einen Körpergewichtsverlust von 9 Kgrm. Der Gesichtsausdruck wurde intelligenter, die Haut wie beim normalen Zustande vascularisirt, das Gefühlsleben wachte etwas mehr auf, sie begriff den Zweck dieser Behandlung, ist nicht mehr ärgerlich. Immerhin bleibt die Intelligenz getrübt. Es scheint demnach, dass das Myxödem einen tiefen Einfluss auch noch auf andere Organe als die Haut ausübt. Die Störungen des Nervensystems nach Abtragung der Schilddrüse beim Hunde *(Langhans, Kopp)* beweisen den schliesslichen Verfall des Nervensystems. Der Verf. bedauert, dass ein unvorhergesehener Umstand ihm die Fortsetzung seiner Versuche unmöglich machte.

50. ***Ueber Coitus reservatus als Ursache sexualer Neurasthenie bei Männern.*** *Von Dr. A. Eulenburg, Berlin. (Internationales Centralbl. f. Physiolog. u. Path. d. Harn- u. Geschlechtsorgane. Bd. IV, Heft 1.)*

Eine ganz unzweifelhaft häufige und immer häufiger werdende Ursache sexualer Neurasthenie bei Männern bilden die zur Verhütung der Conception im Geschlechtsverkehr angewandten Präservativmittel — vor Allem die unvollständige Vollziehung des Geschlechtsactes, der sogenannte Coitus reservatus oder Congressus interruptus, d. h. die Zurückziehung des erigirten Gliedes aus der Scheide vor erfolgter Ejaculation (wie es, nach Genesis 38, 8 und 9, zu gleichem Zwecke schon Onan bei seiner Schwägerin Thamar geübt haben soll, daher auch wohl als „Onanismus conjugalis" bezeichnet). Seitdem der von der neomalthusianischen Propaganda befürwortete „unvollständige Beischlaf" vielfach gewohnheitsmässig geübt wird, ist zur Beobachtung seiner schädigenden Wirkungen auf das Nervensystem bei Männern und Frauen reichliche Gelegenheit geboten. Die sonst noch zur Verwendung kommenden anticonceptionellen Verfahren. die Benutzung von Condoms, von *Mensinga*'schen Occlusivpessarien. von Schwämmen, Vaginalausspritzungen und Suppositorien u. s. w. sind entweder — wie die letztgenannten Mittel — für den Mann völlig indifferent oder können, wie namentlich Condoms und Occlusivpessarien, wohl mehr oder minder gefühlsstörend wirken, ohne jedoch, wie es scheint, das Nervensystem des Mannes in erheblichem Masse nachtheilig zu beeinflussen, während letzteres dagegen bei gewohnheitsmässiger Ausübung des Coitus reservatus oft entschieden der Fall ist. *Peyer* hat unter Betonung dieser Verschiedenheiten die Annahme aufgestellt, dass die beim Coitus reservatus stattfindende unvollkommene Lösung der Erection zunächst einen „chronischen Irritations- und Erschlaffungszustand der Pars prostatica urethrae" zur Folge habe, der seinerseits wieder zum Ausgangspunkt und pathologisch-anatomischen Substrat einer consecutiven Neurasthenie werden könne. Diese Meinung dürfte vielleicht für gewisse, mit cystalgischen Erscheinungen einhergehende Fälle Giltigkeit haben. Nach Verf. liegt es näher, für die Mehrzahl der Fälle an eine durch den abnormen Ablauf des

4*



Erregungsmechanismus unmittelbar gesetzte functionelle Schädigung der direct betheiligten (genitalen) und benachbarten spinalen Centren zu denken, die natürlich um so schwerer in's Gewicht fallen muss, je häufiger die veranlassende Noxe sich wiederholt und je mehr die betreffenden Centren sich schon vorher durch ursprüngliche Veranlagung oder durch Erwerb einem der „reizbaren Schwäche" entsprechenden Zustande angenähert befinden. Seitdem Verf. vor etwa 9 Jahren durch eine zufällige Begegnung auf diesen Gegenstand aufmerksam geworden ist, sind ihm bei männlichen Neurasthenikern in fast erschreckender Häufigkeit Fälle entgegengetreten, wobei auf Befragen oder auch spontan die gewohnheitsmässige Ausübung des Coitus reservatus als mitwirkendes oder (wohl mit Unrecht) sogar als alleiniges ätiologisches Moment angeschuldigt wurde. Hervorzuheben ist, dass es sich in der Regel um leichtere und bei geeignetem Verhalten besserungsfähige Formen von Neurasthenie handelt. Verf. führt zwei typische Beispiele kurz an, beide bemerkenswerth dadurch, dass auch die Frauen anscheinend aus gleicher Ursache neuropathisch oder organisch erkrankten.

—*r.*

51. ***Ueber den Zusammenhang von Helminthen mit schweren Anämien.*** *Von Prof.* **Rembold.** *Vortrag im Verein der Aerzte in Steiermark. (Wiener med. Wochenschr. 1892. 51.)*

Während die gewöhnlichen Tänien keine schweren Anämien veranlassen, ist dies für den Botriocephalus sichergestellt. Bezüglich des Weges, auf welchem letzterer in den Darm gelangt, wies *Runeberg* schon 1850 auf die merkwürdige Häufigkeit schwerer Anämien an den Gestaden der Ostsee hin. Weiterhin wurden auf verschiedenen Ostseefischen schmarotzend Leiocerken gefunden, Jugendformen, wie sie nebst anderen Bandwurmarten auch dem Botriocephalus latus zukommen. Die wirklichen Wirthe dieses Helminthen sind Hecht und Quappe. Zur Unschädlichmachung ist gründliches Kochen nöthig, da aus blos gerösteten Fischen noch infectionsfähige Leiocerken gewonnen wurden. *Botkin* und *Raiher* berichten über Fälle schwerer Anämie, die alle durch Abtreibung eines Botriocephalus geheilt wurden. Sehr auffallend ist, dass von den zahlreichen, mit Botriocephalus behafteten Menschen nur ein kleiner Bruchtheil anämisch wird. Dies hat zu der Vermuthung geführt, dass in diesen Fällen der Wurm vielleicht krank werde und abnormer Weise ein Toxin producire, das die Anämie hervorruft. Versuche an Medicinern lehrten, dass schon 3 Wochen nach Einimpfung von Leiocerken ein 400 Mm. langer Botriocephalus abgetrieben werden konnte. Demnach würde der Wurm binnen Jahresfrist die Länge von 50—70 Metern erreichen. Es gehen nicht einzelne Proglottiden per anum ab, wie bei den Tänien, sondern es reissen sich jedesmal lange Stücke los; die einzelnen Glieder sind fest untereinander verbunden. Zur Abtreibung hat Verf. Extr. filicis maris in gewöhnlicher Weise verwendet. In der Dosirung des Extr. filicis ist man, seitdem in Wien nach 7—8 Grm. des Mittels Todesfälle sich ereigneten, vorsichtiger geworden. Uebrigens hat *Raiher* seine Erfolge mit nur 2 Grm. erzielt; allerdings liegt die Angabe vor, dass das russische Präparat, Extr. filicis maris Wismarense, weitaus stärker sei. Verf. selbst ist mit

Extr. filicis, das er selbst mittelst warmen Aethers zubereitet hatte, bis zu 24 Grm. gestiegen. Auch *Loos* theilte ihm mit, dass er auf der Grazer Kinderklinik 8—10 Grm. ohne Schaden gegeben habe. *v. Jaksch* machte aufmerksam, dass die gleichzeitige oder nachträgliche Verabreichung von Ol. ricini zu vermeiden sei. Indessen hatte eine Patientin Verf., bei welcher nach Extr. filicis Ohnmachten sich einstellten, bestimmt kein Ricinusöl erhalten. *O. R.*

52. ***Zur Prognose der Typhusrecidive.*** *Von Dr. **Béla Székács**, Primararzt. (Jahrb. d. Budapester Spitäler. 1890—1891. — Pester med.-chir. Presse. 1892. 51.)*

Ueber die Zeit, die zwischen dem Anfang der Reconvalescenz und dem Beginne des Recidivs verstreicht, sind die Autoren nicht einig. Nach *Zuelzer* beträgt dieses Intervall 1—19, durchschnittlich 12 Tage. Nach den Erfahrungen des Verf. kann als Richtschnur für die Praxis eine 16tägige Quarantaine dienen, wiewohl ein fieberfreier Verlauf selbst von 16 Tagen keine genügende Gewähr gegen Recidiv bietet. So hat derselbe einen Fall von ziemlich schwerem Typhus mit einer complicirenden Parotitis beobachtet, wo das Recidiv am 20. fieberfreien Tage wieder auftrat. Es wäre wünschenswerth, gewisse Zeichen zu finden, die ein Recidiv frühzeitig signalisiren. Gewisse allgemeine Symptome, als Mattigkeit, Appetitlosigkeit in der Reconvalescenz sind dazu nicht verwerthbar; mehr Werth besitzt der Umstand, den *Gerhardt* hervorhebt, dass die Palpirbarkeit der Milz in reconvalescentem Zustande häufig der Vorläufer eines Recidivs sei. Doch oft genug besteht in Folge von Malaria ein chronischer Milztumor, der uns dann leicht beirrt. Verf. möchte als Kennzeichen des Recidivs die Roseola hinstellen. Er hatte sehr oft Gelegenheit, aus dem Bestehen der Roseola in der Reconvalescenz an Kranken, die das Bett verliessen und bereits volle Kost bekamen, das Recidiviren des Typhus zu prophezeien; die Voraussage hat sich in den meisten Fällen bestätigt. Wenn *Rütimeyer* und *Neuhaus* aus dem von Roseola entnommenen Blute Typhusbacillen züchten konnten, und letzterer die Roseola sogar als Bacillenembolie beurtheilt, könnte man selbe ganz gut als Quelle des Recidivs betrachten. In der Bestimmung der Roseola soll man aber strenge Kritik üben, da es bedeutungslose Fleckchen geben kann, die der Roseola ähnlich sind; solche entstehen z. B. häufig nach kalten Umschlägen. Andererseits kann es wieder Fälle geben, wo wirkliche Roseola besteht und das Recidiv ausbleibt, doch zählen diese nach den Erfahrungen des Verf. zu den Ausnahmen. An dem Recidiv trägt, aller Wahrscheinlichkeit nach, der Charakter der Epidemie Schuld, keineswegs aber die Antipyrese. Verf. stellt zum Schlusse folgende Punkte auf: 1. Es ist rathsam, den Typhuskranken in der Reconvalescenz mindestens 16 Tage lang auf Roseola zu untersuchen. 2. Wenn im fieberfreien Stadium nebst der Pigmentirung der alten Roseola frische, rosenrothe Flecke erscheinen, ist das Auftreten eines Recidivs in Sicht, besonders wenn auch Milzvergrösserung besteht. 3. Der Mangel von Roseola schliesst die Diagnose des Recidivs ebensowenig aus, wie die Diagnose der primären Erkrankung.



53. ***Ueber Stuhlverstopfung.*** *Von Dr. J. Adler. (New-Yorker med. Monatsschr. 1892. Bd. IV. 4.)*

Der hervorragende deutsch-amerikanische Praktiker New-Yorks, Dr. *J. Adler*, gibt in der vorliegenden Abhandlung eine präcise Analyse jener Arten von Stuhlverstopfung, welche catarrhalisch-entzündlichen und atrophischen Zuständen des Darmes ihren Ursprung verdanken, sowie solcher, die ohne nachweisbares anatomisches Substrat mehr functioneller nervöser Natur sind. Wir entnehmen das über die Therapie Angegebene. Als oberstes Princip für die Behandlung aller Formen von Obstipation muss nach Verf. gelten: Möglichste Einschränkung des Gebrauches von Abführmitteln. Neben sorgfältiger Regelung der Diät und der allgemeinen Lebensweise sind hier sicherlich oft Brunnencuren (Karlsbad, Kissingen, Marienbad, Saratoga) von dauerndem Nutzen, während dieselben bei den rein functionellen Obstipationen selten bleibende Vortheile bieten. Als weitaus rationellste und zuverlässigste Behandlungsmethode für catarrhalische und habituelle Obstipationen möchte der Verf. die Massage in Verbindung mit der *Zander*'schen mechanischen Behandlung; wo die letztere nicht zu haben ist, die Massage allein empfehlen. Contraindicirt ist diese Behandlungsweise nur in jenen Fällen, wo überhaupt die Peristaltik nicht angeregt werden darf, bei acuten Entzündungen im Abdomen, bei Eiterungsprocessen, bei malignen Geschwülsten, bei Darmobstruction durch Tumoren u. dergl. Verf. hat bezüglich der Elektricität, sowohl der galvanischen als der faradischen, keine ermuthigenden Erfahrungen. Er findet, dass die Methode umständlich, nicht immer zuverlässig ist und von vielen Patienten nicht vertragen wird. Glycerinklystiere und Glycerinsuppositorien versagen sehr oft und wirken bestenfalls nur als vorübergehendes Palliativum. Ganz anders wirkt die mechanische Behandlung nach *Zander*. Durch ihre mächtige Wirkung auf die Circulation im Allgemeinen und auf den Stoffwechsel, sowie durch Anregung der Peristaltik, Kräftigung der Bauchpresse und Beförderung der Blutcirculation im Unterleibe, ist dieselbe in der That, besonders wenn dieselbe mit Massage verbunden, ein rationelles Curverfahren, welches die schönsten Erfolge aufzuweisen hat. Wo die *Zander*'sche Methode nicht ausführbar ist, genügt in fast allen Fällen eine 4—6wöchentliche Massagecur, doch sind bei derselben als conditio sine qua non eine Anzahl von Massregeln strengstens zu befolgen: Abführmittel sind während der Cur auf's Strengste verpönt. Der Patient wird verständigt, dass der Stuhlgang von selbst erfolgen muss, selbst wenn er 14 Tage oder noch länger ohne Stuhlentleerung sein sollte. Werden die subjectiven Beschwerden zu gross, so kann ausnahmsweise durch ein Klysma oder ein Glycerinsuppositorium nachgeholfen werden. Dies ist jedoch nur in den allerseltensten Fällen nöthig, meist kommt schon nach 2—4 Tagen die erste spontane Stuhlentleerung. Die Diät muss bei der chronischen Obstipation sorgfältig regulirt und solche Speisen ausgeschaltet werden, welche massigen Koth oder viel Gase verursachen (Kartoffeln, die verschiedenen Kohlsorten, Brot, Backwerk u. dergl.). Demnach besteht der Speisezettel hauptsächlich aus zarten, nicht fetten Fleischsorten, Milchspeisen, Hafer, Reis etc., leichten Ge-



müsen und viel Obst, daneben reichliches Getränk, hauptsächlich Wasser oder ein leichtes Bier. Für reichliche Bewegung in frischer Luft muss gesorgt werden und wird namentlich Reiten empfohlen. Ein Hauptpunkt ist ferner, dass der Patient täglich mit peinlicher Gewissenhaftigkeit zur bestimmten Stunde den Abtritt besucht, ganz gleichgiltig, ob Stuhldrang besteht oder nicht. Nebst dieser allgemeinen diätetischen Behandlung wird innerlich Nux vomica und Atropin, wo letzteres nicht vertragen wird, Calabarextract gereicht. Was nun die Massage betrifft, so muss sie die ersten vier Wochen täglich angewendet werden, mit Vorliebe am frühen Morgen oder Abends vor dem Einschlafen. Es ist gleichgiltig, von welchem Punkte angefangen und nach welcher Richtung hin massirt wird, wenn nur der Bauch gehörig kräftig dabei mit richtigen Griffen durchgeknetet wird. Diese Bauchmassage soll mit allgemeiner Massage des Körpers verbunden werden.

*Kisch.*

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

54. ***Ueber die Behandlung des Ascites bei Lebercirrhose und Lebersyphilis mit Cremor tartari in grösseren Dosen.*** *Von Prof. M. Sasaki, Tokio. (Berliner klin. Wochenschrift. 1892. 47.)*

Das Mittel wurde bisher in England und Amerika gegen Ascites häufiger angewendet wie bei uns. Hat der Ernährungszustand des Kranken noch nicht merklich gelitten, und ist der Ascites nicht sehr hochgradig, so ist das Mittel häufig allein im Stande, den Ascites manchmal schon nach einigen Wochen zum Verschwinden zu bringen. Will man aber wegen sichtlicher Schwäche und Abmagerung des Patienten seine Ernährung heben, so empfiehlt es sich. Eisen mit Chinin, kräftige, leicht verdauliche Kost und nebenbei Leberthran zu geben, welch letzterer von den wahrscheinlich intacten Chylusgefässen wohl gut resorbirt wird. Manchmal wirkt das Mittel beim Beginne der Krankheit nicht, dann wende man dasselbe in späterer Zeit wieder an. Was die Natur des Ascites betrifft, gegen welchen Cremor sich wirksam erweisen soll, so kommt in erster Linie Ascites in Folge von Lebercirrhose und Leberlues. dann derjenige in Folge von einfacher chronischer Peritonitis in Betracht. Die Dosis schwankt zwischen 8·0—40·0 pro die; ein Durchschnittsquantum wäre 10·0—20·0 Grm. Die passendste Dosis ist diejenige, durch welche man 2—3mal Stuhlgang erzielt. Manchmal verträgt der Patient das Mittel mehrere Monate lang, ohne dass sich schädliche Nebenwirkungen zeigen. Das Medicament wird als Schüttelmixtur gereicht. Wenn Verf. ein Mittel gegen Ascites anzuwenden genöthigt ist, so wird er immer zuerst zu diesem greifen. Falls der Ascites hochgradig und der Bauch in Folge dessen stark gespannt ist, so empfiehlt es sich, die Punction und die Darreichung des Cremor zu combiniren, anderenfalls wird der Ascites häufig auch durch alleinige Anwendung von Cremor verschwinden. Wie die mitgetheilten Krankengeschichten zeigen, ist der Einfluss des Mittels nicht nur ein vor-



übergehender, sondern in vielen Fällen sogar ein andauernder. Der günstige Einfluss desselben scheint zum Theil auf seine leicht abführende, dann aber auch auf die harntreibende Wirkung zurückführbar zu sein.

55. ***Untersuchungen über die therapeutische Wirkung des Dermatols.*** *Von Colasanti und Dutto. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 34.)*

Die Verff. empfehlen das Dermatol an Stelle des Magisterium Bismuthi als Magen-Darmmittel, und zwar soll die Gallussäure adstringirend, das Wismuth austrocknend wirken. Besonders wirksam ist es bei Geschwüren des Darmes, weil es an diesen haftet und sie vor der Einwirkung schädlicher Stoffe schützt und durch seine granulationsbefördernde Wirkung die Heilung beschleunigt. Es wurde mit vorzüglichem Erfolge versucht bei colliquativer Diarrhoe der Phthisiker. Leichtkranke erhielten täglich 2 Grm. in 4 Theilen; Kranke mit mehr als 6 Stuhlgängen täglich erhielten 3—6 Grm. pro die. Nie waren Unannehmlichkeiten zu beklagen, der Urin enthielt nie Gallussäure oder Wismuth; ferner gegen Diarrhoe der Typhuskranken, gegen geschwürige Enterocolitis, gegen Malariadiarrhoe einfache wie dysenterische, schliesslich bei Reconvalescenten nach acuten fieberhaften Krankheiten. Demgemäss halten die Verf. das Dermatol für eines der besten unschädlichen, localwirkenden Mittel der modernen Therapie gegen Diarrhoe. —r.

56. ***Alumnol, ein neues Adstringo-Antisepticum.*** *Von R. Heinz und A. Liebrecht. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 46.)*

Alumnol nennen die Verff. ein Aluminiumsalz einer Naphtholsulfonsäure (mit 5% Aluminium und 15% Schwefel). Es ist ein feines, weisses, nicht hygroskopisches Pulver, schon in kaltem Wasser sehr leicht löslich. Lösungen von 40 und mehr Procent, die unter Anwendung von heissem Wasser leicht dargestellt werden, bleiben beim Erkalten bestehen und fallen nicht aus. In Alkohol löst sich Alumnol — wenn auch in geringerem Grade — mit schöner blauer Fluorescenz. Alumnol ist ferner löslich in Glycerin. In Aether ist es unlöslich. Das Alumnol besitzt reducirende Eigenschaften, mit Eisenchlorid gibt es eine blaue Färbung, die selbst bei sehr starker Verdünnung auftritt. In Folge seines Reductionsvermögens verändert sich Alumnol nach längerer Zeit an der Luft, indem es etwas nachdunkelt. An seiner Löslichkeit und seinen sonstigen Eigenschaften büsst das Medicament aber dadurch nichts ein. Die Alumnollösungen reagiren sauer wie alle Lösungen von Aluminiumsalzen, aber nicht so stark wie die anorganischen. Sie fällen Eiweiss, der entstandene Niederschlag löst sich in einem Ueberschusse von Eiweiss wieder. Dies Verhalten ermöglicht dem Alumnol, mit dem eiweissreichen Gewebssaft in die Tiefe der Gewebe zu dringen. Die antiseptische Wirkung des Alumnol wurde an Bacterienculturen festgestellt. Ueber die praktische Verwendung des Alumnols liegen länger als ein Jahr durchgeführte Beobachtungen in der chirurgischen, gynäkologischen, dermatologischen und otiatrischen Praxis vor. In der chirurgischen Praxis bewährt sich die stark adstringirende Wirkung der Alumnollösung bei eiternden Flächen- und Höhlenwunden. Die Eiterung wird prompt



beseitigt, Höhlenwunden verkleinern und schliessen sich rasch. Das Alumnol ist hier als Spülmittel in 0·5—2%iger Lösung anzuwenden. Bei kleineren Abscessen und Fistelgängen führt Aetzung mit 10—20%iger Alumnollösung zu schneller Reinigung und darauffolgende Anwendung mässiger Concentrationen bald zur Heilung.

In der gynäkologischen Praxis leistet das Alumnol gute Dienste bei Höhlenwunden, nach Operationen in der Bauchhöhle etc., Spülung mit 0·5—1%iger Lösung führt zu rapider Verkleinerung der Höhlenwunde; die zusammenziehende Wirkung ist hier, wie Vergleichsversuche gezeigt haben, entschieden der des Alauns und Aluminium sulfur. überlegen. Vor Allem günstig aber wirkt das Alumnol bei Endometritis gonorrhoica. Es wurde hier meist in 2—5%igen Stäbchen angewandt. Zuweilen wurden zur Erreichung eines raschen radicalen Erfolges 10—20%ige Stäbchen gebraucht; dieselben ätzen stark, so dass die Schleimhaut sich bis in die Tiefe hinein loslöst; sie wirken also ähnlich, immerhin aber weit milder als Chlorzink. Eine weitere Form der Anwendung bestand in Tamponade des Uterus mit in 10—20%iger Lösung getauchter Gaze. In der dermatologischen Praxis findet das Alumnol ein weites Anwendungsfeld sowohl gegen frische Entzündung, als auch — wegen seiner Tiefenwirkung — bei chronischen Entzündungen, Infiltrationen der Haut etc. Für den Dermatologen ist es besonders werthvoll, dass das Alumnol sich in die verschiedensten, sehr handlichen Arzneiformen bringen lässt. Besonders bewährte sich Alumnolpflastermull und Alumnolfirniss. Nach *Chotzen* erweist sich das Alumnol als geradezu specifisch wirkendes Mittel bei Gonorrhoe der Männer. Er liess 3—4mal täglich 6 Ccm. 1- bis 2%ige wässerige Alumnollösung in die Harnröhre injiciren. Nach 3—6 Tagen waren die Gonococcen dauernd verschwunden (d. h. es waren während 4—6wöchentlicher Beobachtung in den Harnfädchen, im Sediment etc. niemals Gonococcen zu finden). Nach dem Verschwinden der Gonococcen hat man, um Reizung der Schleimhaut zu vermeiden, die Injectionen auf nur eine täglich herabzusetzen, beziehungsweise die Einspritzungsflüssigkeit zu verdünnen. In der Ohrenheilkunde ist Alumnol als Pulver wie in Lösung zu verwenden. Es verursacht hier nicht die mindesten Reizerscheinungen. Ein grosser Vortheil ist, dass das Alumnolpulver sich im eiterigen Secrete löst; es kann daher niemals — wie dies unlösliche Pulver thun — zu Secretverhaltung Anlass geben. In der Augenheilkunde wurde Alumnol von *Wolffberg* geprüft, 4%ige Alumnollösung in's Auge geträufelt, stillt selbst das heftigste Thränen auf einige Minuten, was dem Arzte die Untersuchung erleichtert, beziehungsweise überhaupt erst möglich macht. Sodann dient das Alumnol bei Blennorrhoe zur vorherigen Reinigung des Auges von Eiter vor der Einträufelung des Argentum nitricum.

57. ***Ueber die therapeutische Verwendung des Trionals und Tetronals.*** *Von Dr. A. Schäfer. Aus der psychiatrischen Klinik Jena. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 29. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1892. Dec.)*

Von beiden Mitteln wurden je 500 Grm. in 630 Einzeldosen verbraucht. Trional wurde bei 77, Tetronal bei 49 und beide



nebeneinander bei 42 Kranken verwendet. Die Mittel wurden in heisser Milch verrührt und trotz des bitteren Geschmackes, der durch einen nachgetrunkenen Schluck Wein leicht vertrieben wurde, ohne Anstand genommen. In angewärmtem Rothwein, in welchem sich die Mittel ebenfalls gut lösen, trat der bittere Geschmack weniger hervor; um die Resorption zu beschleunigen, liess dann Verf. heisse Milch nachtrinken. Die Einzeldosis schwankte zwischen 0·5 und 4·0 Grm., die grösste Tagesdosis betrug 8·0 Grm. Meist wurde, um Nachtschlaf zu erzielen, eine einmalige Abenddosis von 1·0, respective 2·0 gegeben. Zur Beruhigung erregter Kranker wurden die Mittel zu 1—3 Grm. in 4—8stündigen Zwischenräumen verabreicht. Verf. fasst die Ergebnisse der von ihm angestellten Versuche in folgenden Sätzen zusammen: 1. Trional und Tetronal sind zwei Mittel mit ausgesprochener hypnotischer und zugleich beruhigender Wirkung. Die beruhigende Eigenschaft kommt in etwas höherem Masse dem Tetronal zu. Der Eintritt der Wirkung erfolgt schon nach 10—20 Minuten. 2. Trional ist als sicheres und prompt wirkendes Hypnoticum bei Schlaflosigkeit, in den verschiedenen Formen der Neurasthenie, der functionellen Psychosen und organischen Hirnleiden indicirt. Gänzlich versagt hat es nur in Fällen, wo Morphio-Cocain-Abusus stattgehabt hatte und wo körperliche Schmerzen in den Vordergrund traten. 3. Tetronal ist indicirt als Schlafmittel bei den Psychosen, wo motorische Unruhe mässigen Grades den Nachtschlaf nicht eintreten lässt. 4. Nicht empfehlenswerth sind beide als Beruhigungsmittel bei den höheren Graden psychischer Erregung mit heftigem Bewegungsdrang. 5. Die wirksame Dosis liegt bei 1·0—2·0 Grm. Einmalige Dosen von 3·0 und 4·0, Tagesdosen von 6·0—8·0 können ohne Bedenken gegeben werden. 6. Die Darreichung erfolgt am besten direct vor dem Schlafengehen. Das Mittel ist in Milch oder Wein gelöst zu verabfolgen. 7. Schädliche Einwirkungen auf Körperorgane ausser auf den Magen- und Darmcanal in geringer Intensität wurden nicht constatirt. 8. Nebenerscheinungen, die das subjective Wohlbefinden des Kranken beeinträchtigen, kamen bei einer verhältnissmässig geringen Zahl von Verabreichungen zur Beobachtung. 9. Auch nach längerer Darreichung traten bei Weglassung des Mittels keine auffälligen Symptome hervor; ebenso scheint eine Gewöhnung an dieselben ausgeschlossen zu sein.

58. ***Notiz über die Zubereitung der Milchnahrung für Säuglinge.*** *Von Dr. **Aufrecht**, Magdeburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 51.)*

Für die Kinderabtheilung des Krankenhauses in Magdeburg ist die Milch mit der erforderlichen Menge Wasser verdünnt, bisher in *Soxhlet*'schen Apparaten gekocht worden. Dabei stellten sich einige Schwierigkeiten bezüglich der Hantirung heraus. Auch waren die Erfolge insofern nicht ganz befriedigend, als trotz aller Vorsicht in den Sommermonaten Diarrhoe bei einzelnen Kindern auftrat. Verf. bemühte sich, allen denkbaren Mängeln nach Möglichkeit abzuhelfen. Zunächst befriedigte ihn der Flaschenverschluss nicht. Das Loch in den durchbohrten Gummistopfen war schwer zu reinigen, das Einführen der Glasstifte in dieses Loch gegen Ende des Kochens war umständlich. Als später statt des Gummi-



stopfens eine kleine Gummiplatte empfohlen war, welche durch eine Metallkappe am Herabgleiten von der Flaschenöffnung verhindert wurde, machte die Reinigung der Gummiplatten und der Metallkappen nur noch mehr Schwierigkeiten. An Stelle dieser Verschlussvorrichtungen hat Verf. sterilisirte Watte verwendet. Es ist zur Genüge bekannt, dass dieselbe den Zutritt von Bacterien zu sterilisirtem Material sicher hindert. Gegen die Verwendbarkeit des Watteverschlusses bei den *Soxhlet*-Flaschen wurde von einigen Collegen der Einwurf erhoben, dass beim Aufkochen der Milch ein Theil derselben gegen die Watte geschleudert werden und hier Zersetzungen vor sich gehen können. Das ist aber nicht möglich, weil der Inhalt der Flaschen nicht über offenem Feuer, sondern im Wasserbade — bekanntlich bis dreiviertel Stunden lang — gekocht wird. Milch, welche auf diese Weise sterilisirt wurde, war noch nach 5 Wochen unverändert und vollständig schmackhaft. Eine weitere zweckentsprechende Vornahme bei der Zubereitung der Säuglingsnahrung besteht in der Verdünnung der Milch mit destillirtem Wasser an Stelle des Wasserleitungs- oder Brunnenwassers. Auf diese Weise können mehrere Uebelstände vermieden werden. Zunächst die Aufnahme von Zersetzungsproducten organischer Stoffe, welche in das Wasser hineingelangt sein können; ferner die Aufnahme unorganischer Salze, welche als Abgänge verschiedener Fabriken, besonders von Kalisalz- und Zuckerfabriken, in Flussläufe hineingeleitet werden. Endlich dürfte ein Vorzug der Verwendung des destillirten Wassers in dem Umstande liegen, dass dasselbe frei ist von den durch die Bacterien selbst gelieferten Producten und den durch das Kochen abgetödteten Bacterien des Wasserleitungs- und Brunnenwassers. Die günstigen Ergebnisse nach der Verwendung der auf diese Weise hergestellten Milchnahrung waren: Erstens sind während dieses Sommers in der Kinderabtheilung des hiesigen Krankenhauses weit weniger Durchfälle aufgetreten wie früher; zweitens ist der Verlauf von Darmcatarrhen bei Kindern, welche dieser Affection wegen aufgenommen worden sind, bei sonst gleicher Behandlungsweise ein viel günstigerer gewesen wie bisher.

59. ***Ein Fall von Exitus letalis nach einer kleinen Gabe Salol.*** *Von Dr. **Chlabowski.** (Noviny Lek. — Med.-chir. Centralbl. 1892. 52.)*

Zu dem bisher von *Aufrecht* und *Behm* berichteten Todesfall nach Anwendung des Salols bei Endocarditis acuta kommt folgender Fall hinzu: Bei einer 30jährigen, an gastrischen Erscheinungen schwer erkrankten Prostituirten wurde *Ewald's* Untersuchungsmethode der motorischen Kraft des Magens angewendet. Nach Darreichung von 1·0 Salol wurde Patientin unruhig, bewusstlos, die Pupillen erweitert, der dunkel gefärbte Harn enthielt Salicylsäure, unregelmässiger Puls, fortwährendes Erbrechen; Tod nach 12 Tagen. — Section: Gastritis et Enteritis haemorrhagica. Ulcus ventriculi cicatrisatum ad cardiam. Endometritis chronica. Cystoma ovarii. — Zweifellos verursachte die obwohl geringe Salolgabe die Vergiftungserscheinungen. Verf. hebt hervor, dass dieser Fall die Nothwendigkeit des Individualisirens der Dosis sogar eines unschuldigen Mittels, als welches bis nun allgemein Salol im Ver-



gleiche zu anderen antiseptischen und antipyretischen Mitteln erschien, beweist, ferner die Nothwendigkeit der Berücksichtigung auch des allgemeinen Kräftezustandes und besonders der Nieren, also die Nothwendigkeit der Harnuntersuchung sogar vor einer so unschuldigen diagnostischen Probe, wie es *Ewald's* Methode der Bestimmung der motorischen Magenkraft ist. Wer aber einem Kranken mit Idiosynkrasie gegen Phenol dennoch Ursache hat, Salol zu verordnen, sollte nicht die Zugabe von schwefelsauren Salzen, am besten Glaubersalz, wenn auch nur in Form der dasselbe enthaltenden Speisen, vergessen, um vor ähnlichen gefährlichen Folgen der Carbolvergiftung geschützt zu sein.

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

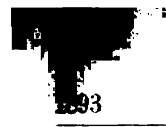
60. ***Die Sterilität der antiseptisch behandelten Wunden unter dem antiseptischen Verbande.*** *Von Dr.* ***Tavel,*** *Bern. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. 1892. 13 u. 14. — Centralbl. f. Chir. 1892. 46.)*

Auf Grund einer grossen Untersuchungsreihe kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. Im antiseptischen Verbande einer antiseptisch behandelten Wunde findet man in ungefähr zwei Dritteln der Fälle Bacterien. 2. Meistens sind es nicht pathogene Epidermiscoccen, die den Wundverlauf nicht stören. 3. Findet man Staphylococcus aureus, so ist eine Störung des Wundverlaufes sehr wahrscheinlich zu prognosticiren. 4. Das Vorhandensein des Streptococcus albus ist nur ausnahmsweise mit Infection der Wunde verbunden. Die complicirten antiseptischen Verbände, die Dauerverbände sind durch aseptische Verbände zu ersetzen. Untersuchungen über die Sterilität, respective den Bacteriengehalt in aseptischen Verbänden zeigen, dass trotz reicherem Bacteriengehalt hierbei die Endresultate günstiger sind. Die grösste Sorgfalt ist auf gründliche Vorbereitungen des Operationsfeldes zu legen. Diese sollen sowohl am Tage vor der Operation, als auch unmittelbar vor derselben durchgeführt werden. Die Haut wird mit warmer, 1‰iger Sublimatlösung abgebürstet, das Sublimat mit Salz-Sodalösung abgespült, Acnepusteln, Eczembläschen, Ulcerationen etc. werden während der Narcose mittelst Thermocauter sterilisirt. Der Patient wird mit in Salz-Sodalösung getauchten Tüchern bedeckt. Die Wunde wird nicht mehr mit Sublimat irrigirt, sondern mit Salz-Sodalösung, welche einerseits die Wunde feucht erhält, andererseits eine mechanische Reinigung derselben bewirkt.

61. ***Ueber den gegenwärtigen Stand der Gallenblasenchirurgie.*** *Von Prof.* ***Czerny.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1892. 23. — Centralbl. f. Chir. 1892. 46.)*

Verf. theilt seine Ansichten über das zur Zeit sehr viel discutirte Thema mit, welche er sich an 18 selbst beobachteten Fällen gebildet hat. Die Frage, ob und wann man operiren will, ist darnach zu entscheiden, ob es sich um leichte oder schwere Anfälle handelt, ob Narcotica oder interne Behandlung von Erfolg gewesen sind, ob Icterus eingetreten ist, ob derselbe lange dauert oder nicht, ob Fieber vorhanden ist. Die operativen Fälle sind zu sondern in diejenigen, bei denen der Icterus nur kürzere Zeit







und die, bei denen er lange Zeit dauert, wo aber immer die Beschwerden beträchtlich sind. Die Fälle, in denen der Icterus nicht andauert, können hervorgerufen werden 1. durch Einkeilung eines Steines in den Gallenblasengang bei gut functionirender und normaler Gallenblase, 2. durch Einkeilung eines Steines an derselben Stelle bei entzündeter und eiteriger Gallenblase, 3. durch die Einkeilung eines Steines bei ulcerirter, narbig stricturirter bröckeliger Gallenblase. In dem ersten Falle empfiehlt Verf. die einzeitige Cholecystotomie mit sofort folgender zweireihiger Naht nach Entfernung des Hindernisses und Drainage der Bauchhöhle. In dem zweiten Falle soll eine Gallenblasenfistel angelegt werden, welche, wenn sie nicht von selbst heilt, secundär zu schliessen ist. In dem dritten Falle ist die Exstirpation der Gallenblase mit Verschluss (Cauterisation) des Ductus cysticus zu machen. — Bei den Fällen mit lange bestehendem Icterus ist, wenn die Stelle der Einkeilung des Steines im Ductus choledochus nicht zu finden, oder die Entfernung des gefundenen Steines durch Zerdrücken oder durch Incision nicht möglich ist — Verf. betont die Schwierigkeit dieses Punktes wegen der Adhäsionen ganz besonders —, die Cholecystenterostomie zu machen. Für sämmtliche Operationen empfiehlt er einen winkelförmigen Schnitt, dessen verticaler, in der Linea alba gelegener, circa 5—7 Cm. langer Schenkel dicht unter dem Nabel rechtwinklig endigt. Seine Anschauungen über die Gallenblasenchirurgie fasst Verf. in folgenden 8 Thesen zusammen: 1. Gallensteine erfordern die Operation, sobald sie oft wiederholte und dauernde Beschwerden verursachen. 2. Empyem der Gallenblase erfordert jedenfalls, Hydrops dann, wenn er Beschwerden verursacht, Operation. 3. Die typische Operation bei Steinen in der Blase besteht in der Incision, Entleerung und Naht der Gallenblase, wobei aber die Bauchwunde auf kurze Zeit zu drainiren ist. 4. Wenn der Ductus cysticus nicht offen ist, wenn die Gallenblase selbst entzündet, wenn der Inhalt stark alterirt ist, soll eine temporäre Gallenblasenfistel angelegt werden. 5. Die Exstirpation der Gallenblase ist blos bei schwerer entzündlicher oder carcinomatöser Entartung angezeigt. 6. Bei Verschluss des Ductus choledochus ist die Operation so lange absolut indicirt, als die Kräfte des Patienten es zulassen. Wenn es nicht gelingt, das Hinderniss zu beseitigen, so empfiehlt sich die Herstellung einer Fistel zwischen Gallenblase und Duodenum. 7. Den besten Zugang für die Gallenblasenoperationen bietet ein hakenförmiger Schnitt, dessen verticaler Schenkel in der Linea alba liegt, während der horizontale Schenkel dicht unterhalb des Nabels nach rechts verläuft. 8. Die Lebensgefahr bei den Gallensteinoperationen wird voraussichtlich geringer sein als bei den Operationen der Harnblasensteine.

62. ***Ueber die Behandlung der Schlüsselbeinbrüche und einen neuen Verband für dieselben.*** *Von Dr. **O. v. Büngner**. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 23.)*

Weil bei den bislang geübten Verbänden bei Schlüsselbeinbrüchen, beim *Desault*'schen, *Velpeau*'schen Verbande, beim *Sayre*-schen Heftpflasterverbande die betreffenden Pat. grossen Unzuträglichkeiten, wie: Einschnürung des Brustkorbes, mangelhafter Fixation des Armes, sowohl für den gehenden wie still liegenden



Pat., nur mässiger Beseitigung der Dislocation, Hautreizen, Eczemen ausgesetzt sind, hat Verf. einen neuen Verband construirt, der diese Mängel umgeht. Der beregte Verband besteht aus einer 3theiligen elastischen T-Binde, deren 60 Cm. langes und 4 Cm. breites Querstück mit den 120 Cm. langen und 10 Cm. breiten Längsstreifen so verbunden ist, dass der mittlere senkrecht, die beiden seitlichen etwas schräg von demselben abgehen. Der Querstreif wird um die gesunde Schulter gelegt und mit gewöhnlicher Schnalle befestigt. Der Mittelstreif wird über den Rücken hinweg durch die Achselhöhle. um den oberen Theil des Oberarmes der kranken Seite herum wieder zum Ausgangspunkt zurückgeführt und das Ende hier befestigt; so zieht man den Arm direct nach hinten. Der untere Streifen wird eben so angelegt, jedoch weiter nach unten um den Ellbogen gewunden, um den Arm ebenfalls theils nach hinten zu ziehen, theils zu heben. Der oberste Streifen geht als Mitella nach vorn, unterstützt das Handgelenk und geht darauf, die Bruchfragmente niederdrückend, über die Bruchstelle und die verletzte Schulter an die Rückseite, um an dem ersten Streifen befestigt zu werden. Bei der Behandlung geht Verf. nun derart vor, dass er zuerst in der Stellung des Armes, wo die Dislocation möglichst ausgeglichen ist, also die Scapula eben so nahe der Wirbelsäule steht, wie auf der gesunden Seite, den Verband entweder auf die blosse Haut, oder aber bei verwöhnten Pat. auch über der Tricotunterjacke oder über dem Hemd anlegt und ihn etwa 10 Tage liegen lässt, sodann nur tagsüber und dann über den Anzug anlegt. Die Vorzüge dieser Methode findet Verf. darin, dass die Retention der Fragmente in bester Weise besorgt werde, dass er in allen Körperlagen, vornehmlich auch in der Rückenlage wirksam sei, dass er den Brustkasten unbehelligt lasse und den Arm der kranken Seite nicht an denselben fixire, in Folge dessen das Athmen nicht beenge, sich nicht lockere und keine Belästigung des Pat. herbeiführe, dass der Verband technisch sehr einfach sei, dass er über wie unter den Kleidern getragen werden könne, dass er die Hand nicht im Geringsten irritire, dass die Pat. vom 10. Tage an ihren Geschäften wieder nachgehen können.

63. ***Gypswatte, ein neuer plastischer Verbandstoff.*** *Von Dr. **Breiger**, prakt. Arzt in Osterode. (Deutsche Med.-Ztg. 1892. 95.)*

Verf. machte seit einem Jahre bei Behandlung selbst schwerer Fracturen Versuche mit dem von ihm zusammengesetzten plastischen Verbandstoff zur augenblicklichen Herstellung sofort erhärtender Schienen. Verf. kommt zum Schlusse, dass sämmtliche Fracturen unter Gypswatteverband mindestens ebenso gut heilen, als unter anderen erprobten Verbänden, dass aber bei sehr vielen schweren Fracturen die Gypswattebehandlung eine viel grössere Sicherheit für einen normalen Heilungsverlauf biete. Dazu hat der Gypswatteverband noch folgende Vortheile: Zunächst erspart derselbe dem Arzt viel Zeit und Mühe. Die Gypswatte, in Schienenstreifen aufgerollt, von denen man sich nur die gewünschte Schienenlänge abzuschneiden braucht, ist leicht transportabel, überall hin mitzunehmen, und da man zum Anlegen nur Wasser gebraucht, auch überall anwendbar. Das Anlegen selbst geht leicht und rasch



und erfordert keine grosse Uebung. Sodann erspart der Verband dem Verletzten viel Schmerz. Es war eine constante Beobachtung bei allen behandelten Fracturen, dass der Schmerz meist gleich nach dem Anlegen des Verbandes schwand, in seltenen Fällen noch die nächste Nacht, länger als 24 Stunden nie dauerte. Diese Erscheinung führt Verf. darauf zurück, dass die Gypswatte, wenn sie auch sofort hart wird, erst nach geraumer Zeit ihr Wasser abgibt. Sie wirkt also neben dem sanften Druck, welchen sie ausübt, zugleich als ein constanter kühlender Umschlag, dessen Kühlung um die ganze Extremität durch eine aufgelegte Eisblase noch erhöht wird. Nur hierdurch vermag er auch die rasche Abnahme der Schwellungserscheinungen in der Umgebung der Fractur zu erklären. Ferner beschleunigt der Gypswatteverband die Heilung, indem er die Reconvalescenz verkürzt. Da sich die Schienen den Körperformen innig anschmiegen, so kann man, sowie nur die Knochen zu consolidiren beginnen, die oberhalb und unterhalb mitfixirten Gelenke durch Verkürzen der Schienen freilegen und in ihnen frühzeitig passive Bewegungen vornehmen lassen.

64. ***Ueber die Bromäthylnarcose.*** *Von Dr. **Franz Schopf**, Primararzt.*

In dem Bericht der chirurgischen Abtheilung des Kaiserin Elisabeth-Spitals äussert sich Verf. dahin, dass die Bromäthylnarcose in mehreren Fällen angewendet wurde, und zwar in Betreff der Raschheit des Eintrittes der Narcose und des Mangels der üblen Nachwehen zur Zufriedenheit. In einem Falle trat jedoch ein so arges Excitationsstadium ein, wie es nur selten bei Potatoren in der Chloroformnarcose zu sehen ist. Da das Bromäthyl sich leicht zersetzt und einige Todesfälle bekannt wurden, mithin die Bromäthylnarcose nicht ungefährlicher als die Chloroformnarcose ist, wurde sie weiter nicht angewendet.

65. ***Ein Fall von Pseudohermaphrodismus femininus externus.*** *Von **Fehling**, Basel. (Arch. f. Gyn. Bd. XLII, Heft 3, pag. 561.)*

Verf. theilt einen interessanten Fall von Missbildung der weiblichen Genitalien mit. Derselbe war folgender: Ein 21jähriges Mädchen begann mit 15 Jahren zu menstruiren. Vom 16. Lebensjahre an wurde die Menstruation seltener und versiegte vom 17. Jahre an. Seit 4—5 Jahren bildete sich in der linken Unterbauchgegend ein Tumor, der immer mehr an Grösse zunahm. In der letzten Zeit fühlte sich das Mädchen schwach und krank. Das 165 Cm. hohe Mädchen sah blass, cachectisch aus. Die Gesichtszüge machten eher den Eindruck der weiblichen als der männlichen. Die Oberlippe zeigte einen leichten Bartanflug, die heisere Stimme hatte einen tieferen Klang. Die Lungenuntersuchung ergab einen geringen pleuritischen Erguss. Das Becken trug den weiblichen Habitus. Der Mons veneris war gut behaart. Die Brüste waren sehr schwach entwickelt. An Stelle der Clitoris fand sich ein daumendicker, 5 Cm. langer, imperforirter Penis mit 1 Cm. langer Glans und schwach entwickelter Vorhaut. Der Penis steifte sich angeblich nicht selten. Die untere Seite der Glans trägt eine Rinne. Unterhalb des Penis liegt eine kleine, von Schleimhautfalten umsäumte Oeffnung und unter dieser eine zweite Oeffnung





mit einem rudimentären Hymen. Die obere dieser zwei Oeffnungen war daher die Urethra und die untere die Vagina. Durch die Bauchdecken fühlt man einen grossen, halbweichen, dunkel fluctuirenden Tumor, der bis 3 Querfinger über den Nabel und links bis zum Thoraxrande hinaufreicht. Die Untersuchung per vaginam ergibt einen kleinen, fötalen, in Retroversion stehenden Uterus. Das linke, grosse Labium ist normal, das rechte enthält einen kleinen harten, druckempfindlichen Tumor mit dünnem Stiele. Der Canalis inguinalis dieser Seite ist für den Finger permeabel. Bei der Untersuchung per vaginam fühlte man im vorderen Vaginalgewölbe hoch oben einen resistenteren Tumor, entsprechend dem äusseren Befunde. Der Abdominaltumor wurde, da eine Hämatometra vermuthet wurde (!) zweimal mittelst einer *Pravaz*'schen Spritze punktirt, doch entleerte sich nur eine dünne, sanguinolente Flüssigkeit, deren mikroskopische Untersuchung nichts Charakteristisches ergab. Es wurde seine folgende Diagnose gestellt: Descensus Ovarii dextri, Tumor Ovarii sinistri. Auf das hin wurde laparotomirt. Es fand sich ein Ovarialtumor (die Grösse desselben wird nicht angegeben), der mit seiner Nachbarschaft und namentlich den Därmen und dem Netze verwachsen war. Nach Entfernung des Tumors sah man den kleinen retrovertirten Uterus und von seiner rechten Kante aus die rechte Tuba gegen den rechten Leistencanal hinziehen. Durch Zug an dieser Tuba wurde das rechte prolabirte Ovarium in die Bauchhöhle gebracht. Ein Versuch, die innere Mündung des rechten Inguinalcanales von der Bauchhöhle aus zu verschliessen, musste unterlassen werden, da die Respiration der Narcotisirten schlecht wurde. Die Kranke genas. Das rechte Ovarium verblieb weiterhin in der Bauchhöhle. Der exstirpirte Ovarientumor erwies sich als ein Myxosarcoma globocellulare ovarii sinistri. *Kleinwächter*.

66. ***Beitrag zu dem Verhalten des Milchflusses bei Stillenden.*** *Von* ***W. Leube,*** *Volontärarzt der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Basel. (Arch. f. Gyn. Bd. XLIII, Heft 1, pag. 10.)*

Verf. findet — gestützt auf die Beobachtung von 100 Wöchnerinnen —, dass der Milchfluss bei Primi- und Secundoparis häufiger vorkommt, als bei Pluriparis, und dass bei Frauen mit Milchfluss die Brüste nicht mehr entwickelt sind, als bei Frauen ohne einen solchen. Kinder von Frauen mit Milchfluss gedeihen nicht besser, als Kinder von Frauen ohne Milchfluss. Der Milchfluss stellt sich in der Mehrzahl der Fälle sowohl nach dem Anlegen des Kindes aus der feinen Warze ein, als er auch neben dem Saugflusse als Spontanfluss vorkommt. Der Saugfluss liefert in der Mehrzahl der Fälle den grösseren Theil der abgeflossenen Milch. Der Milchfluss stellt sich früher oder später nach Beendigung des Stillens ein, und zwar zuerst aus der vorher zum Stillen nicht benützten Brust, später aber aus beiden Brüsten zugleich ein. Spontanfluss allein sah Verf. nicht, immer war daneben Saugfluss. Intercurrirende leichte Puerperalerkrankungen unterdrücken den Milchfluss nur vorübergehend. Als Ursache des Milchflusses nimmt Verf. ein Ausbleiben der Thätigkeit der Warzenmusculatur an. Die Ausflussmenge der Milch hängt ab von dem Grade der Schwäche der Musculatur der Warze, von der Intensität der Milchproduction



und von der Hyperämie der Drüsen. Erweiterungen der Milchgänge sah Verf. nicht. Durch den Milchfluss geht ziemlich viel Milch verloren, nämlich 8—18 Procent der vom Säuglinge getrunkenen Milch. Verf. wandte in einigen Fällen die empfohlene Faradisation der Mammae an, doch war der Erfolg kein sicherer. Ebenso unzuverlässlich erwies sich das gerühmte Antipyrin.

*Kleinwächter.*

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

67. ***Knapp's Rollzange (Roller forceps) zur Behandlung des Trachoms.*** *Von Dr.* **B. R. Gepner** *jun., Assistent an dem ophthalmologischen Institute in Warschau. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Oct.)*

Das von *Knapp* (Transact. Amer. ophthalm. Soc. 1891) zum Ausquetschen der Trachomkörner empfohlene Instrument hat an den Enden der Arme „eine Art Steigbügel, dessen Quertheil aus einer Zahnrolle besteht, die beinahe 1 Cm. lang ist und auf einer drehbaren Achse sitzt. Fasst man mit dieser Zange einen Gegenstand, respective die kranke, mit Trachomkörnern bedeckte Lidschleimhaut und zieht man die Zange in der Richtung des Griffes, so drehen sich die beiden Rollen in der entgegengesetzten Richtung und die weichen Theile des gefassten Gegenstandes gelangen zwischen ihre Zähne. Ist es die kranke Lidschleimhaut, so werden alle Follikel, beziehungsweise Körner ausgedruckt. Verf. ist mit den Erfolgen dieser Behandlung sehr zufrieden". Das Verfahren ist sehr schmerzhaft, aber die Reaction verhältnissmässig gering; am nächsten oder am zweiten Tage touchirt man mit Lapislösung. Die Behandlung kann ambulatorisch erfolgen, nach e i n e r Sitzung bleiben in der Regel nur wenige Follikel zurück, die man mit derselben Zange oder mit einer gewöhnlichen Nadel eröffnen kann.

*v. Reuss.*

68. ***Ein Fall von gleichzeitiger chronischer Thränendrüsen- und Parotidenschwellung, vorübergehende Heilung durch intercurrirendes Erysipel.*** *Von Dr.* ***Eduard Zirm,*** *em. I. klin. Assistent. — (Deutschmann, Beitr. zur Augenhk. 1892. Heft IV.)*

Es wird über folgenden Fall aus *v. Stellwag's* Klinik berichtet: Eine 30jährige Dienstmagd hat an beiden Lidern in den Parotidengegenden symmetrisch fast hühnereigrosse Geschwülste von höckeriger Oberfläche. Ptosis beider Oberlider; den vergrösserten Thränendrüsen entsprechend höckerige Prominenzen in der äusseren Hälfte derselben. Sämmtliche Geschwülste sind fast knorpelhart und zeigen keine Empfindlichkeit bei Druck. Gefühl von Trockenheit im Munde und in den Augen. Die Geschwulstbildung wurde vor etwa 6 Monaten zuerst an den Speicheldrüsen bemerkt. Es bestehen zahlreiche Lymphdrüsenschwellungen, besonders der oberen Körperhälfte; alle geschwollenen Drüsen sind hart, schmerzlos und leicht verschiebbar. Atrophia uteri, Climax praecox. Während des Aufenthaltes auf der Klinik trat Gesichtserysipel auf, sie wurde transferirt. Als sie nach 13 Tagen zurückkam, waren die Geschwülste fast vollständig geschwunden. Aber schon nach





wenigen Tagen vergrösserten sie sich wieder und hatten nach 5 Wochen, als Verf. die Kranke zum letzten Male sah, etwa die Hälfte der früheren Grösse wieder erlangt. Die mikroskopische Untersuchung kleiner Stückchen der Geschwülste ergaben für beide Drüsen denselben Befund. Das Drüsengewebe ist durchsetzt von einem zum Theil deutlich in Knötchen angeordneten Granulationsgewebe, so dass man stellenweise nur vereinzelte Drüsengänge sieht. Am Rande der Knoten zeigt jenes reichliche lymphoide Zellen; an mehreren Zellen zeigt es regressive Veränderungen. Die Acini besitzen zumeist ein spaltförmiges Lumen, sind zum Theil leer, zum Theil sieht man in ihnen knollige Körper ohne jede Structur. Es ist ausser Zweifel, dass die eigentliche Drüsensubstanz nur eine passive Rolle spielt, indem das Granulationsgewebe vom interstitiellen Bindegewebe ausgegangen zu sein scheint. In der von *Fuchs* gegebenen Uebersicht der bekannten Fälle glaubt Verf. seinen Fall als fünfte Kategorie aufführen zu müssen.

*v. Reuss.*

69. ***Zur Kenntniss der Spontanheilung des senilen Totalstaars vermittelst der intracapsulären Resorption, nebst Bemerkungen über Cataracta Morgagniana.*** ***Von*** *Dr. J. **Mitvalsky**, Docent der Augenheilkunde an der k. k. böhmischen Universität in Prag. (Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. Oct.)*

Nach einer Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle (wobei ihm jedoch der Fall des Ref. entgangen ist) führt Verf. zwei neue Beobachtungen auf: eine vor 14 Jahren auf einem Auge an Staar operirte 70jährige Frau erlangt von selbst ihr Sehvermögen am anderen cataractblinden Auge wieder, die Kapsel war geschrumpft, sonst aber ganz klar, von einer klaren Flüssigkeit gefüllt, in der der dunkelbernsteingelbe Kern bei Augenbewegungen ausgiebige Bewegungen macht. Da die Kapsel unten von der Zonula sich abgelöst hatte, so luxirte sie theilweise in die Vorderkammer und blieb dort dauernd an den Pupillarrand angelehnt. Die Cataracta wurde extrahirt. Der zweite Fall betraf einen 65jähr. Mann, dessen Cataracta schon von 8 Jahren reif war; seit 1 Jahre sah er mit dem Auge, das andere war vor 6 Jahren operirt worden. „Bei künstlicher Mydriasis und bei focaler Beleuchtung sah man in der oberen Pupillarpartie die leere Linsenkapsel ausgespannt, deren vordere Lamelle viele punktförmige, kreideweisse Trübungen aufweist; die untere Partie des Pupillarbereiches ist von einem etwa 5 Mm. im Durchmesser betragenden Cataractkern, der eine kreisrunde Peripherie aufweist, biconvex ist und mit seinem untersten Umfange beinahe an den Ciliarkörper reicht, eingenommen." Verf. knüpft hieran einige allgemeine Bemerkungen. In sämmtlichen der etwa 20 beobachteten Fälle geht eine Verflüssigung der peripheren Linsentheile oder eine Umwandlung der senilen reifen Cataracte in eine Cataracta Morgagniana voraus. Es können nun die detritusartigen Linsenfaserreste abnehmen und das serös-wässerige Fluidum zunehmen; es kann der Detritus vollständig aufgelöst werden, so dass die Linsenkapsel ausser dem Kern nur klare Flüssigkeit enthält; es kann endlich der Kern mit den Jahren selbst der Resorption verfallen. Der gewöhnliche Modus scheint aber der zu sein, dass die Resorption der verflüssigten



Linsenmasse gleichzeitig sowohl den Linsendetritus, als auch die wässerige Feuchtigkeit betrifft. Die beobachteten Fälle waren häufig complicirt; auffallend häufig ist die Complication mit Glaucom, ohne dass sich ein ätiologisches Verhältniss beider Affectionen sicherstellen lässt. *v. Reuss.*

70. ***Ein Fall von Morbus Basedowii, geheilt durch eine Operation in der Nase.*** *Von Dr.* ***Musehold.*** *Deutsche med. Wochenschr. 1892. 5. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1892. 12. Decemb.)*

Zu den bemerkenswerthen Fällen von *Hopmann, Hack, Fränkel, Stocker* und *Semon* fügt Verf. eine neue Beobachtung von geheiltem Morbus Basedowii durch die galvanokaustische Beseitigung einer hinteren Hypertrophie der unteren Muschel. Eine 45jährige Plätterin begann mit der Menopause an Kopfschmerzen und Herzklopfen zu leiden. Dann entwickelte sich ein Struma, sie litt an profusen Schweissen, an rechtsseitigem Thränenträufeln und Flimmern vor dem Auge. — Da der Kopfschmerz nach der bestimmten Angabe der Kranken von der Nasenwurzel ausging und auch rechts eine deutliche Nasenstenose vorhanden war, so wurde das hyperplastische Ende der unteren Muschel abgetragen. In wenigen Tagen schwanden Kopfschmerzen, Augenbeschwerden und Herzklopfen. Nach fünf Sitzungen mit dem constanten Strom (1—2 M.-A.) begann die Struma sich zu verkleinern. Die Behandlung musste aus zufälligen Gründen sodann unterbrochen werden. Trotzdem verkleinerte sich die Schilddrüse derart weiter, dass der Halsumfang von 40 Cm. auf 36·5 Cm. zurückging. Das Allgemeinbefinden ist ein vortreffliches, die gesammten Beschwerden sind vollkommen geschwunden.

---

# Dermatologie und Syphilis.

71. ***Bemerkungen über Plaquesnarben („Epitheltrübungen", „Leukoplacie") der Mundhöhle und ihre Ursachen.*** *Von Prof.* ***W. Erb,*** *Heidelberg. (Münchener med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Verf. verfügt über die erstaunlich grosse Anzahl von 240 einschlägigen Fällen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Sowohl die Syphilis allein, wie das Rauchen allein ist im Stande, die Plaquesnarben in der Mundhöhle hervorzurufen, und zwar gleich häufig (? Ref.); 2. in einer grösseren Zahl der Fälle sind aber diese Dinge auf das Zusammenwirken beider Schädlichkeiten zurückzuführen; 3. die Plaquesnarben kommen nur äusserst selten vor ohne eine der beiden Ursachen — die übrigen also etwa noch in Frage kommenden Schädlichkeiten spielen nur eine untergeordnete Rolle; 4. das Rauchen allein erzeugt die Leukoplacie nur, wenn es im Uebermasse betrieben, wenn sehr viele oder starke Cigarren geraucht werden; 5. war jedoch Syphilis vorhanden, genügt auch viel geringeres Rauchen, um die Mundschleimhaut zu verändern. Berücksichtigt man hierzu, dass ebenso bei einer grossen Zahl von früher Syphilitischen, wie bei einer grossen Zahl von Rauchern sich die Plaquesnarben nicht einstellen, so muss man eine noch nicht genauer zu definirende Prädisposition mancher Individuen annehmen. Verf.'s ursprüngliche Annahme, aus der Anwesenheit





der Plaquesnarben mit einer gewissen Sicherheit auf eine vorausgegangene Syphilis zu schliessen, hat sich nach seinen jetzigen Beobachtungen nicht als vollkommen zutreffend erwiesen. — Nur da, wo man Plaquesnarben in deutlicher (mässig starker) Weise findet, bei Nichtrauchern oder sehr schwacher Rauchern, darf man, wenn nicht gerade evident eine sonstige Ursache vorliegt, mit ziemlicher Sicherheit auf vorausgegangene Syphilis schliessen. Handelt es sich dabei um schwache Raucher, so ist der Verdacht auf Lues ganz gerechtfertigt, und es kann damit die etwa aus der Anamnese (weicher Schanker und hartnäckiger Tripper mit Bubonen etc.) oder aus anderen vorhandenen Symptomen (z. B. Haut- oder Gaumennarben, Haarausfall, reflectorische Pupillenstarre, Tabes etc.) zu begründende Vermuthung einer vorausgegangenen Syphilis wesentlich verstärkt und damit gelegentlich dem therapeutischen Handeln eine grössere Sicherheit (? Ref.) gegeben werden. In allen Fällen aber, wo es sich um Leute handelt, die sehr stark, lange im Uebermass geraucht haben, wird man sehr vorsichtig in der Deutung der Plaquesnarben sein müssen und den Nachweis der etwa früher erfolgten syphilitischen Infection auf anderem Wege beizubringen haben. (Mit Vergnügen nehme ich wahr, dass Verf. aus einer überaus grossen Anzahl von Fällen meist zu denselben Schlussfolgerungen kommt, denen auch ich in meinem Vortrage am Berliner Balneologencongresse schon 1880 Ausdruck gegeben, nur glaube ich, dass die Syphilis doch häufiger als das Rauchen allein als ursächliches Moment anzusehen ist. Punkt 5 der Bemerkungen Verf.'s ist es eben, was ich damals als Ursache der Plaques in den Vordergrund gestellt, „nicht so sehr in der Syphilis, als vielmehr in der durch die Syphilis verursachten grösseren Vulnerabilität der Mundschleimhaut sei die Ursache der Plaques zu suchen". Auch arthritische Individuen bieten eine Prädisposition. Magen- und Darmerkrankungen, die Anämie, sowie das ganze Gebiet der allgemeinen Ernährungsstörungen — Diabetes etc. — spielen als ätiologische oder prädisponirende Momente keine gar so inferiore Rolle. *Schwimmer's* Werk führt ja diese Momente des Weiteren und Näheren genügend aus und ihm verdanken wir ja überhaupt die Bezeichnung „Leukoplacie". — Den grössten Triumph feierten diese Ansichten am Londoner dermatologischen Congresse (1883), — in neuerer Zeit aber möchten einzelne Dermatologen deren Richtigkeit wieder anzweifeln; da ist es denn doch wichtig, hervorzuheben, dass Verf.'s grosses Material ihn zu dem Ausspruche ermächtigte: dass die Annahme, aus der Anwesenheit der Plaquesnarben mit Sicherheit auf eine vorausgegangene Syphilis zu schliessen, nicht als vollkommen zutreffend sich erweist. Andererseits wird jedoch Verf.'s Ausspruch, „dass dem therapeutischen Handeln eine grössere Sicherheit gegeben wird, wenn der Verdacht auf Lues sich verstärkt", mit grossem Zweifel aufgenommen werden müssen, da bis nun beinahe alle Beobachter darin übereinstimmten, dass bei diesem Leiden die antiluetischen Mittel nichts nützen, ja, wie *Babington* sagt, sogar Verschlimmerung herbeiführen könnten. Hingegen erweisen sich Spülungen mit alkalischen Wässern (Karlsbad, Franzensbad, Vichy) — besonders lau gebraucht — als das noch Vortheilhafteste. Ref.

*Hertzka*, Karlsbad.



**72. *Alumnol, Streupulver und Firniss.*** *Nach* ***Chotzen.*** *(La semaine méd. 1892. 7. Decemb.)*

Folgendes Streupulver von Alumnol (s. Nr. 56 dieses Heftes) hat sich bei Erosionen, Balanitis, leichten Verbrennungen, Eczema madidans bewährt:

Rp. *Alumnol. 5·0—10·0,*
*Talc. pulv.,*
*Amyl. trit. aa. 20·0,*
*Misc. exact.*
S. Aeusserlich.

Bei mässig nässenden Eczemen hat sich der nach folgender Vorschrift bereitete Firniss bewährt:

Rp. *Tuber. Salep. 10·0,*
*Glycerin. 20·0,*
*Aq. destill. 200·0,*
*Misce, coqu. usque ad consist. ungt. et adde*
*Alumnol. 20·0.*
S. Aeusserlich.

In dünner Schichte eingepinselt, trocknet der Firniss in 20 Minuten und bleibt 2—3 Tage auf der Haut. *—r.*

**73. *Ueber Eczem und seine Behandlung mit Zinköl.*** *Von Dr.* ***Richard Drews,*** *Hamburg. (Wiener med. Wochenschr. 1892. 51.)*

Bei Behandlung der Eczeme des Kindesalters hat sich dem Verf. das Zinköl als sehr wirksam erwiesen, welches in manchen Fällen, z. B. bei Intertrigo, eher zur Heilung führt, als etwa das beliebte Einpinseln mit 1—3 Procent Argentum nitricum. Er verordnet das Zinköl folgendermassen:

Rp. *Zinc. oxydat. 30·0,*
*Ol. olivar. 50·0,*
*Mf. Pasta mollis.*

Es bildet eine weiche Paste, welche sich mit einem weichen Tuschpinsel sehr gut auftragen lässt. Die Behandlung geschieht in folgender Weise: Die eczematösen Stellen werden mit Aqua plumbi gereinigt von dem Secret und wo sich dasselbe in Krusten angesammelt hat, wird ein feuchter Verband mit Aqua plumbi angelegt, bis sich die Krusten ohne Anwendung von Gewalt ablösen lassen. Zur Befestigung dieses Verbandes am Kopfe empfiehlt sich eine Haube von Wachsleinwand. Wenn alle Krusten abgelöst sind, wird die nun glänzende rothe Fläche mit Watte gut abgetupft, nicht gewischt und das Zinköl mit einem weichen Tuschpinsel aufgepinselt. Die Paste bildet eine schützende Decke und bedarf an unbekleideten Stellen des Körpers und an der behaarten Kopfhaut keiner weiteren Bedeckung. Bei Intertrigo an den Hautfalten legt man Watte auf die Paste, um die Falten auseinanderzuhalten. An den Genitalien und am Anus umwickelt man die eingepinselten Stellen mit dichten Mullbinden, um nicht das Zinköl an den Windeln abzuwischen. Diese Einpinselungen werden jeden Morgen nach vorhergehender Reinigung mit Aqua plumbi wiederholt, nur an den Genitalien und Oberschenkeln ist es besser, dieselben am Abend ebenfalls zu machen. Schon am folgenden Tage nach der ersten Einpinselung hat das oft sehr lästige Jucken aufgehört und nach wenigen Tagen zeigen sich die vorher stark



nässenden Stellen trocken und nicht mehr so geröthet und die Heilung beginnt. Nicht nur bei den Eczemen des Kindesalters hat die Behandlung mit Aqua plumbi und Zinköl eine so günstige Wirkung, sondern auch bei den chronischen Eczemen des höheren Alters.

74. ***Das Olivenöl in der Behandlung der Gallensteinkolik.*** *Von Dr. **E. Égasse.** (Bull. génér. de thérap. 1892. Jan. 29. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 51.)*

Auf Veranlassung von *Th. J. Mays* wurde von der therapeutischen Section der medicinischen Gesellschaft in Philadelphia unter den amerikanischen Aerzten eine Enquête über die Frage der Wirksamkeit der Oelbehandlung bei Gallensteinerkrankung veranstaltet. Das Comité erhielt Mittheilung über 87 Fälle, denen 8 Fälle aus amerikanischen Journalen, 3 Fälle von *Rosenberg* und die von *Chauffard* und *Dupré* mitgetheilten Beobachtungen hinzugefügt wurden. Auf diese Weise wurden 54 Einzelbeobachtungen zusammengestellt, aus denen sich ergibt, dass die Oelbehandlung Vorzügliches leistet in Bezug auf Bannung des Schmerzes und Austreibung von Concrementen. In regelmässigen Intervallen genommen, schützt das Oel vor Recidiven. — Diätetische Curen, ferner Anwendung von Chloroform, Aether, Alkalien und alkalischen Mineralwässern, sowie Injectionen von Morphium und Atropin können mit der Oelbehandlung nicht concurriren. Grosse Dosen zu geben ist nicht nothwendig, da ein Dessertlöffel, alle 3—4 Stunden genommen, den gleichen Effect hat, wie grosse Dosen. Mit demselben Erfolge wie Olivenöl kann man jedes andere Speiseöl verwenden. Die Wirkung des Oeles scheint Verf. noch nicht genügend klar zu sein. Weder genügt ihm zur Erklärung der cholagoge Effect des Oeles, den *Rosenberg* nachgewiesen hat, noch die Ansicht von *Stewart*, welcher das im Darm vom Oel sich abspaltende Glycerin als wirksames Agens anspricht, noch endlich die von *Virchow* zuerst beobachtete Thatsache, dass ein Theil des resorbirten Fettes direct in die Galle übergeht. Aber angesichts der erzielten Erfolge sei die Oelcur in erster Reihe zu empfehlen.

75. ***Peliosis rheumatica im Säuglingsalter.*** *Von Dr. **M. Abelmann.** (St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. 15. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. 1. u. 2. Heft, pag. 308.)*

Der Fall betrifft einen 6 Monate alten Knaben, welcher unter den typischen Erscheinungen eines acuten multiplen Gelenkrheumatismus erkrankte, nachdem seine 7jährige Schwester 10 Tage vorher von derselben Krankheit befallen wurde. Obzwar nun das Kind früher kein abnormes Verhalten gezeigt hatte, und auch in der Familie keine Belastung im Sinne von Hämophilie vorkommt, traten bei demselben Hautblutungen auf, die sich zunächst an der Planta beider Füsschen bemerkbar machten und am nächsten Tage auch die hintere Fläche der Unterschenkel befielen. Die Grösse der Blutungen schwankte hier zwischen der eines Punktes bis zu 2 Cm. im Durchmesser haltenden, während die sehr spärlichen Blutungen am übrigen Körper nur punktförmig sind. Ihre Localisation bevorzugte die Gegend der Gelenke, während die sichtbaren Schleimhäute vollkommen frei waren. Nach 3 Tagen traten keine neuen Blutungen mehr auf. Die Krankheit währte im Ganzen mit einer



fünftägigen Unterbrechung 20 Tage. Verf. tritt energisch für die Annahme der Peliosis rheum. als wohl specificirte, besondere Krankheit ein. Gewiss ist der Fall dadurch bemerkenswerth, dass er ein 6 Monate altes Kind betraf.

76. ***Eine Form von Erythrodermia exfoliativa.*** *Von Dr.* ***Philipson.*** *Aus Unna's Klinik. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 9. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 313.)*

Der mitgetheilte Fall betrifft einen 56jährigen Herrn, dessen Krankheit seit circa $1^1/_2$ Jahren bestand. Dieselbe hatte an den Fingerspitzen der linken Hand begonnen, indem sich an denselben die Haut verdickte und abblätterte. Vor dort aus hatte sich die Affection weiter über den Körper ausgebreitet. Als Verf. den Patienten sah, waren die oberen Extremitäten, die Brust, die Hüftgegenden und die Kniekehlen erkrankt. Es bestand an den Händen, die geschlossen gehalten wurden, in den Palmae eine Verdickung der Hornschicht nebst beträchtlichen Rhagaden. An der Streckseite dagegen war ein festes Oedem vorhanden, das sich über den ganzen Arm ausbreitete. Die Nägel waren frei. Die angegriffenen Theile, hauptsächlich aber die Beugeseiten, waren diffus geröthet und zeigten eine Abschilferung in Form von kleinen glänzenden Schüppchen, die das Gefühl von Rauhigkeit hervorriefen. Am Rande der erkrankten Stellen sah man stecknadelkopfgrosse rothe Flecken, die später confluirten und die Verf. als die Primärefflorescenzen betrachtet. Subjectiv klagte Patient über starkes Jucken, über ein Gefühl von Spannung in der Haut, sowie über das Ausbleiben von Schweiss an den ergriffenen Theilen. Bleicarbolsalbenmull und 5procentige Chrysarobinsalbe brachten innerhalb 5 Wochen eine beträchtliche Besserung hervor. Verf. rechnet den Fall zu der Classe der von *Besnier* und *Doyon* als Erythrodermies exfoliantes beschriebenen Affectionen — einer gutartigen Abart der *Hebra*'schen Pityriasis rubra.

## Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

77. ***Beitrag zur Hirnlocalisation.*** *Von Dr.* ***Eisenlohr.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Nervenhk. I. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1892. December.)*

Ein 67jähriger Mann zeigte, ohne dass bestimmte apoplectische Insulte zu ermitteln gewesen wären, doppelseitige Motilitätsstörungen der unteren Extremitäten mit mässigen spastischen Erscheinungen, speciell in der Oberschenkelmusculatur, geringe Paresen der meisten Muskelgruppen, speciell in den Armen. Verf. zieht besonders in Betracht eine doppelseitige Stimmbandlähmung ohne peripherische Ursache und eine starke psychisch-physiognomische Erregbarkeit des Facialisgebietes. Die Section und Mikroskopie ergab Zerstörung des hinteren Drittels beider Thalami optici, partielle Degenerationen in den hinteren Abschnitten beider inneren Kapselgebiete und einzelner im hinteren Abschnitt des Pyramidentheils der Brücke gelegener Partien. Verf. kommt zu dem Resultat, 1. dass es ganz begrenzte intermediäre Fascikel zwischen Rinde und



Medulla oblongata sein müssen, deren Zerstörung phonische Lähmung bedingt, dass diese Bahnen unabhängig und gesondert von denen der Articulation und Deglutition verlaufen müssen und dass die respiratorische Thätigkeit des Kehlkopfes von ihnen unabhängig ist; 2. dass die nur theilweise Zerstörung der Thalami optici in diesem Falle als Irritament auf die Ausdrucksbewegungen der Facialisgebiete wirkte.

78. ***Ueber Aneurysma dissecans aortae.*** *Von Prof. Dr. **Rindfleisch**. Demonstration, gehalten in der Sitzung d. physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg, 5. November 1892. (München. med. Wochenschr. 1892. 47.)*

Der Verf. hatte Gelegenheit, bei der Section einer Patientin, die vor etwa $1^1/_2$ Jahren an schweren Ohnmachtsanfällen und Herzklopfen gelitten hatte, ein äusserst interessantes Präparat zu gewinnen. Es handelt sich um ein Aneurysma dissecans aortae. Das Aneurysma nahm im Grossen und Ganzen die vordere Wand der Aorta ein und reichte vom Ursprung der Arteria subclavia bis unter die Bifurcation der Aorta. Es stellte sich gewissermassen als eine Verdoppelung der Arterienwand dar. Die abgehobene Wand des aneurysmatischen Sackes bestand nämlich nicht nur aus der Adventitia, sondern auch aus einem Theile der Media. Hierdurch wurde die Festigkeit des Sackes wesentlich erhöht und glaubt der Verf., dass die Betheiligung der Media eine wesentliche Bedingung für den etwaigen Heilungsprocess des Aneurysma ist. Besonders bemerkenswerth war ferner die Bildung einer vollständig neuen Intima an dem aneurysmatischen Sack. Der Vortr. zeigt weiterhin ein Präparat von Aortenaneurysma, an dem die Aorta über den Klappen quer durchgerissen war, und spricht sich dabei über die mechanischen Momente aus, welche die Zerreissung der Aorta immer an den nämlichen Stellen hervorbringen. Diese Stellen sind einmal die Stelle über den Klappen und zweitens die Stelle unterhalb des Abganges der linken Arteria subclavia. Verf. sieht das mechanische Moment wesentlich gegeben in der Befestigung des Aortenbogens an der Pulmonalarterie einerseits und dem von der Pulmonalarterie entspringenden Ductus Botalli andererseits. Bei jeder Systole wird sich der Bogen der Aorta „spreizen". Ist nun das Herz stark hypertrophisch — wie es an dem vorgezeigten Präparat in der That in ausgesprochenstem Masse der Fall war — und ist demgemäss die Triebkraft des Herzens eine sehr bedeutende, so kann es wohl bei der Spreizung des Bogens einmal zu einem Einreissen der Aorta dicht oberhalb der ersten oder dicht unterhalb der letzten Befestigungsstelle des Bogens kommen. Begünstigend wirkt natürlich beim Entstehen des Risses eine fettige Degeneration der Gefässwand.

79. ***Ueber Wachsthumsstörungen bei Schafen nach Schilddrüsenexstirpation.*** *Von Dr. **v. Eiselsberg**. Vortrag in der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. 1892. (Berl. klin. Wochenschr. 1892. 46.)*

Verf. berichtet über Beobachtungen, welche die von *Kocher* hervorgehobene Beziehung zwischen Cachexia thyreopriva, Myxödem und Cretinismus experimentell stützen. Er exstirpirte vor ungefähr 8 Monaten bei zwei männlichen Schafen, welche demonstrirt wurden, kurz nach der Geburt die Thyreoidea; die Thiere über-



standen den Eingriff anfangs gut, zeigten aber schon einen Monat später ein auffälliges Zurückbleiben im Wachsthum gegenüber den beiden gleichalterigen Controlthieren. Die letzteren haben gegenwärtig ein Gewicht von 14 Kgrm., die operirten Thiere blos von 10 Kgrm. Im äusseren Aussehen zeigen sich auffallende Verschiedenheiten. Die operirten Thiere zeichnen sich durch eine mächtige Auftreibung des Hinterkopfes und Grösse des Bauches aus, während der Vorderleib, sowie das Vliess schlecht, der Schweif nur rudimentär entwickelt ist. Die Hoden sind atrophirt und psychisch verhalten sich die Thiere direct blöde. Die Temperatur ist ziemlich niedrig, Krämpfe traten nicht auf. Eines der Versuchsthiere leidet an einem starken Lungencatarrh, der möglicherweise parasitärer Natur oder das Zeichen einer lobulären Pneumonie ist. Es ist jedoch nach Verf. die Möglichkeit zu bedenken, dass der Catarrh als Folge des Schilddrüsenausfalles aufzufassen ist, im Hinblicke auf die häufige Beobachtung von Menschen, wo nach der Exstirpation der Schilddrüse ein sehr starker Catarrh über die Lunge mit besonders zähem Secret auftrat. Gleichzeitig berichtete Verf. über Beobachtungen an 10 Cretins aus den Alpenländern, von denen 10 Individuen eine deutliche Struma, bei 3, soweit dies äusserlich zu constatiren war, ein vollkommenes Fehlen der Schilddrüse nachgewiesen wurde.

80. ***Betydelsen af nukleoalbumin för urinens pröfning pa agghirta.*** *Von K. A. H. Mörner. (Hygiea. 1892. April. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 48.)*

Bei Ausführung der *Heller*'schen Probe auf Albumin im Urin erhält man oft positives Resultat in Folge der Gegenwart von Nucleoalbumin, das nach Verf. identisch ist mit dem von mehreren Autoren gefundenen Mucin und mucinähnlichen Substanzen, die im Urin von gesunden Personen sich nachweisen lassen. Da jedoch dieses Nucleoalbumin, das nach *Leimberg's* Untersuchungen von der Schleimhaut der Urinorgane oder der Marksubstanz stammt, in Folge dessen eine ganz andere Bedeutung gegenüber dem bei der gewöhnlichen Albuminurie vorhandenen Serumalbumin und Serumglobulin hat, ist die Kenntniss des Vorhandenseins und der Nachweis desselben von grosser Bedeutung in praktischer Hinsicht; man ist nach Verf. nämlich nicht berechtigt, einen krankhaften Zustand der Nieren bei Gegenwart von Nucleoalbumin anzunehmen. Zum Nachweis desselben kann man nach Verf. den Urin dialysiren, um die Salze zu entfernen, da Gegenwart derselben leicht die Ausfällung des Nucleoalbumins hindert, darauf Essigsäure zusetzen und endlich frieren lassen, wodurch das Nucleoalbumin abgeschieden wird; das Filtrat kann man auf Gegenwart anderer Eiweisskörper prüfen. Auch kann man den Urin mit Magnesiumsulfat sättigen, wodurch Nucleoalbumin und Globulin ausfallen, und darauf das Filtrat auf Serumalbumin prüfen. Die Gegenwart von Nucleoalbumin kann man erwarten, wenn nach Verdünnung des Urins mit ein Paar Volumtheilen Wasser bei der Ausführung der *Heller*'schen Probe eine diffuse Trübung etwas oberhalb der Berührungsfläche zwischen der Säure und dem Urin auftritt (oft neben einer deutlichen Trübung in der Berührungsfläche) und diese Trübung nur einem unbedeutenden Ring in dem nicht verdünnten



Urin entspricht. Veranlassung zu Vorstehendem gab Verf. ein Urin, in dem unverdünnt die *Heller*'sche Probe anfangs negativ ausfiel, aber in dem nach einiger Zeit zwei schwache Ringe entstanden, während in dem verdünnten Urin gleich eine bedeutende Trübung entstand oberhalb der Berührungsfläche. Auch in zwei anderen Fällen konnte Verf. die Gegenwart von Nucleoalbumin in sonst eiweissfreiem Urin constatiren.

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

81. ***Kohlenoxydvergiftung und Erstickung.*** *Von Dr.* ***J. Geppert.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Seit *Cl. Bernard* nachgewiesen, dass bei der Kohlenoxydvergiftung der Sauerstoff des Blutes durch Kohlenoxyd verdrängt wird, wurde angenommen, dass Kohlenoxyd durch Erstickung wirke; die Frage, ob CO an sich giftige Eigenschaften habe, wurde bis jetzt nicht endgiltig gelöst. Verf. verglich den Verlauf der Vergiftung mit dem bei CO-Vergiftung, er bestimmte gleichzeitig Athmung und Sauerstoffverbrauch bei tracheotomirten Thieren, und fand, dass die Reactionen des Athemcentrums verschieden sind, je nachdem man sauerstoffarme Luft athmen lässt (Erstickung), oder mit CO vergiftet. Bei der Erstickung sucht das Thier durch entsprechende Athmung mehr Luft zu aspiriren; bei der CO-Vergiftung ist dies nicht der Fall, so dass angenommen werden muss, dass das Kohlenoxyd als specifisches Gift auf die Nervencentren wirkt.

82. ***Ueber Vereinfachung der Receptrevisionen.*** *Von Prof.* ***Liebreich.*** *(Sitzung d. Vereines der freigewählten Cassenärzte in Berlin. (Deutsche Med.-Ztg. 1892. 95.)*

Bei den Recepten, die Verf. von der Knappschaftscasse zur Prüfung erhielt, hat sich herausgestellt, dass bei 29.378 Mark von Seiten der Apotheker $3^1/_3$ Procent durch unrichtige Aufstellungen zu hoch berechnet worden sind; von Seiten der Aerzte aber 4019 Mark, also circa 14 Procent, durch geeignetere Verschreibungsmethoden, natürlich ohne an den verschriebenen Substanzen etwas zu ändern, zu sparen gewesen wären. Die Arzneitaxe hatte früher keine so grosse Bedeutung; es gab eben nicht so grosse Kreise, die für sich so massenhaft Medicamente anschafften; es wurde darum auch bei der Geringfügigkeit der Einzelbeträge kein Einspruch erhoben. Ohne auf die Preise der Arzneitaxe näher einzugehen, ist doch zu erwähnen, dass manche Substanzen hoch bezahlt werden; doch liegen in der Taxe mit einberechnet jene mannigfachen Unkosten der Apotheker und ihre hohe Verantwortlichkeit. Für etwaige Aenderungen ist zu bedenken, dass es eine ausserordentlich unangenehme Sache ist, dass in die Taxe nicht allein der Werth der Substanz, sondern auch die Preise für die medicamentöse Verarbeitung derselben hineingekommen sind. Verf.'s Vorschlag bezüglich der Aenderungen lehnt sich an eine im Grossherzogthum Hessen eingeführte und bewährte einfache Medicinaltaxe an. Dort ist neben dem Preise der Substanz auch eine Pauschalsumme für die Herstellung der aus ihr zu bereitenden



Medicin angegeben. Dadurch ist die Berechnung des Arztes und die Revision des Receptes eine ausserordentlich vereinfachte, denn der Preis der Substanz sowohl, wie die bestimmten Herstellungskosten für eine bestimmte Medicin lässt sich leicht im Gedächtniss behalten, während die sogenannte Apothekerberechnung zu einer vollkommenen Unmöglichkeit bei den Revisionen wird. Der Vorschlag des Verf. geht nun dahin, eine Petition an den Minister einzureichen mit der Bitte: dass die preussische Arzneitaxe mit Zugrundelegung der grossherzoglich hessischen Taxe in der Weise abgeändert würde, dass der Schwerpunkt der Berechnung in den Arzneiformen liegen solle, nicht aber in den Manipulationen des Apothekers, mit einem Worte: der bestimmt angegebene Preis solle unabhängig sein von der Thätigkeit des Apothekers. *O. R.*

83. ***Ueber die schädlichen Bestandtheile derjenigen Gummisachen, mit welchen Kinder verschiedenen Alters in Berührung kommen.*** *Von Dr. A. Bulowsky. (Arch. f. Hyg. 1892.)*

Die vom Verf. im hygienischen Institute der Universität zu Moskau ausgeführten Untersuchungen führten zu folgenden Schlüssen: I. Alle Gummisachen, mit denen Kinder in Berührung kommen, sind unschädlich 1. wenn sie im Wasser schwimmen, 2. wenn sie elastisch sind und 3. wenn sie von weicher Consistenz sind. II. Je grösser das specifische Gewicht der Gummiwaaren, desto bedeutender ist auch ihr Aschengehalt, d. h. desto grösser ist ihr Gehalt an mineralischen Bestandtheilen und folglich desto geringwerthiger ist die betreffende Waare. III. Schwarze Warzen- und Saughütchen sind unschädlich. IV. Schwarze Puppen, wenn sie in der Masse schwarz gefärbt sind, sind schädlich, da sie Bleioxyd enthalten; man kann sie von den unschädlichen schwarzen Gummisachen dadurch unterscheiden, dass sie im Wasser untersinken. Rothe und rothbraune Puppen und Gummispielzeuge, die in der Masse roth oder rothbraun gefärbt sind, sind unschädlich, da sie fünffach Schwefelantimon enthalten. V. Alle grauen Gummisachen, besonders solche, welche die Kinder oft in den Mund nehmen, um daran zu saugen, wie z. B. graue Saughütchen, sind relativ schädlich, da sie Zinkoxyd enthalten. VI. Unter den Farben, mit denen die Gummisachen oberflächlich gefärbt sind, befinden sich auch giftige.

84. ***Kann die Desinfection der Wohnräume durch Sublimatlösung Vergiftungsgefahr zur Folge haben?*** *Von John Sjöquist, Stockholm. (Hygiea, 1892, Oct., pag. 351.)*

Die von verschiedenen Autoren hervorgehobene Gefahr chronischer Quecksilbervergiftung durch den Aufenthalt von Personen in Wohnräumen, welche mit Sublimat desinficirt worden sind, kann nicht erheblich sein, da in Wirklichkeit Intoxicationen dieser Art noch nicht beobachtet sind. Verf. hatte Gelegenheit, in Stockholm den Harn verschiedener Personen in sechs verschiedenen Wohnräumen, die mit dem fraglichen Desinfectionsmittel gereinigt waren, zu untersuchen. Das in Stockholm gebräuchliche Verfahren besteht darin, dass Wände und Fussböden mittelst in Sublimatlösung (1 : 3000) getauchter Schwämme oder Pinsel abgewaschen oder mit Spray derselben Lösung überspült werden. Nachdem die Wände trocken sind, werden sie mit einem Stück Zeug oder einer Bürste



abgetrocknet. Die verbrauchte Menge Sublimat beträgt für jedes Zimmer 3—4 Grm. In allen Fällen, wo die Desinfection in vorschriftsmässiger Weise geschehen war, enthielt der mit der Lamettamethode untersuchte Harn kein Quecksilber, dagegen fand sich solches bei zwei Bewohnern eines Zimmers, in welchem die Wände nicht vorschriftsmässig abgerieben waren. Wie sich der Sublimat übrigens verflüchtigt, ist schwer zu sagen. Sublimat selbst ist mit Wasserdämpfen so wenig flüchtig, dass selbst bei Destillation von Sublimatlösung und längerem Kochen derselben nur verschwindend kleine Mengen Sublimat sich verflüchtigen, so dass man annehmen kann, dass bei Zimmertemperatur kaum eine Verdunstung statthat. Auch kann im Urin der die Desinfection besorgenden Personen Quecksilber nicht nachgewiesen werden. Aspiration eines Luftstroms durch trockenen Sublimat reisst selbst in 4mal 24 Stunden bei gewöhnlicher Temperatur kein Quecksilber, in 5 Tagen dagegen bei 25—30° bestimmt solches, bei 40° in ansehnlicher Menge mit sich. Dass keineswegs eine starke Verflüchtigung aus Tapeten stattfindet, hat Verf. experimentell erwiesen, indem es ihm gelang, noch ein Jahr nach der Desinfection in diesen reichlich Hg nachzuweisen, und zwar nicht nur in einer in Wasser löslichen, sondern auch in einer in Wasser unlöslichen Verbindung. Ob die letztere Quecksilberalbuminat oder etwa freigewordenes Quecksilbermetall war, bleibt unentschieden. *Husemann.*

85. ***Einfluss des Sonnenlichtes auf Mikroben.*** *Von **Raspe**, Schwerin. (Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Suppl.-Bd. XXIV.)*

Im hygienischen Institute zu Rostock wurden Reinculturen einer grossen Zahl von Mikroben in Bouillon, in Gelatine, in Agar, auch Bodenmaterial und Wasser eine bestimmte Zahl Stunden den directen Sonnenstrahlen ausgesetzt und nachher untersucht, ob Tödtung der Mikroben eingetreten war oder nicht. Die Menge der Nährsubstanz betrug in Reagenzgläsern von 2 Cm. Weite 5—6 Ccm., in solchen von 1 Cm. Weite nur 3 Ccm. Aus den Versuchen ergab sich Folgendes: 1. Das Sonnenlicht ist im Stande, je nach der Dauer der Insolation den Keimgehalt des Wassers zu vernichten oder die Entwicklung von Keimen desselben zu verlangsamen. 2. Das Sonnenlicht vermag zwar nicht sämmtliche Keime in der obersten Bodenschicht oder im Filtersand, wohl aber eine grosse Zahl derselben zu vernichten, einen Theil derselben in ihrer Entwicklungsfähigkeit herabzusetzen. 3. Das Sonnenlicht kann schon bei 1stündlicher Wirkung Milzbrandsporen in Bouillon am Auskeimen hindern, ja tödten, vermag bei ungleich längerer Wirkung aber Milzbrandbacillen nicht zu tödten. Milzbrandsporenhaltige Erde wird durch Sonnenlicht auch in dünner Schicht nicht desinficirt. 4. Das Sonnenlicht vermag die Bacillen des Schweinerothlaufes in Bouillon bei einer 5stündigen Einwirkung völlig zu vernichten. 5. Das Sonnenlicht ist nicht im Stande, Typhusbacillen, Bacillen der Cholera asiatica und Bacillen *Finkler-Prior's*, Staphylococcus pyog. aureus und citreus, die Bacillen der Hühnercholera, die *Friedländer*'schen Pneumoniecoccen, den M. prodigiosus, den B. violaceus, den Leukonostoc zu tödten. 6. Die blauen und gelben Strahlen des Sonnenlichtes wirken anscheinend auf Milz-



brandsporen nur schwächend, indem sie deren Entwicklungsfähigkeit herabsetzen. Grünes Licht hemmt keineswegs, wie *Fatigatis* angegeben hat, die Entwicklung der Sporen. Violette und rothe Strahlen sind ebenfalls von keiner erkennbaren Wirkung. Der Verf. erklärt zum Schlusse die Behauptung von *Duclaux*, das Sonnenlicht sei das nachhaltigste und billigste Desinfectionsmittel, für gewagt, wenn nicht für unrichtig. Dr. *E. Lewy.*

86. ***Werth eines guten Trinkwassers.*** *Von **J. König.** Untersuchung landwirthschaftlich und gewerblich wichtiger Stoffe. (Harzer Cntrbl. II. Jahrg Nr. 5. — Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Suppl.-Bd. XXIV.)*

Verf. fordert für die Untersuchung von Wasser 1. eine Vorprüfung (Trübung, Farbe, Geruch, Geschmack, Reaction); 2. eine chemische Prüfung auf Abdampfungsrückstand und Glühverlust, Oxydirbarkeit, Salpetersäure, salpetrige Säure, Ammoniak, Chlor, Schwefelsäure, Härte, Gesammtkohlensäure, freie und halbgebundene Kohlensäure, Sauerstoff; 3. eine mikroskopische Prüfung; 4. eine bacteriologische Prüfung. Derselbe Verf. gibt folgende Anhaltspunkte für die Beurtheilung von Trinkwasser. Ein Liter gutes Wasser kann enthalten:

| | | |
|---|---|---|
| 0·300—0·500 | Mgrm. | Abdampfungsrückstand, |
| 100— 200 | „ | Calcium- und Magnesiumoxyd, |
| 20— 35 | „ | Chlor, |
| 30— 100 | „ | Schwefelsäure, |
| 10— 30 | „ | Salpetersäure |

und so viel organische Substanz, dass 5—8 Mgrm. Kalipermanganat verbraucht werden. Es soll

| | | |
|---|---|---|
| 0 | Mgrm. | salpetrige Säure, |
| 0 | „ | Ammoniak, |
| 0 | „ | Schwefelwasserstoff |

enthalten. Finden sich neben verdächtigen chemischen Substanzen auch die verschiedenartigsten Pilzfäden, Zoogloen von Bacterien, Infusorien oder Radiolarien aller Art, die Eier von Spul- und Bandwürmern, so muss solches Wasser als gesundheitsschädlich bezeichnet werden. Das Vorhandensein einer grossen Zahl von Bacterien deutet auf die Möglichkeit einer Infection hin. Eine gute Illustration der eminent praktischen Bedeutung der Untersuchungen des Trinkwassers liefern die Daten über den Einfluss der Wasserversorgung auf die Sterblichkeit in dem bekannten Curorte Grund am Harz. Dort wurde die Einwohnerschaft bis zum Jahre 1867 mit „ziemlich gutem" Trinkwasser aus Schöpfbrunnen und aus einer Quellwasserleitung versorgt. Ihre Sterblichkeit schwankte von 18—30 pro Mille und war im Mittel 25 pro Mille. Im Jahre 1877 wurden die Quellen abgegraben und dem Orte entzogen. Von da bis zum Jahre 1880 schwankte die Sterblichkeit von 17—34 pro Mille und war im Mittel 27 pro Mille. Im Jahre 1881 wurde eine neue vorzügliche Wasserleitung vollendet, jeder alte Schöpfbrunnen zugeschüttet. Seitdem fiel die Sterblichkeit um ein sehr Erhebliches, von 27 pro Mille im Jahre 1880, auf 14·8 pro Mille im Jahre 1881, schwankte von 1881—1890 von 14·8—24 pro Mille und war während dieser Periode im Mittel nur 19 pro Mille. Vollkommen übereinstimmend mit diesen Angaben



sind die Berichte über die Häufigkeit des Abdominaltyphus beim französischen Militär. Darnach sind seit dem 1. Mai 1888 in Frankreich 92 Kasernen für 42.937 Mann mit Quellwasser, 119 Kasernen für 117.683 Mann mit Chamberland-Filtern, 36 Kasernen für 19.317 Mann mit einem Trinkwasser, das in Tonnen zugefahren wird, versorgt worden, während 122 verdächtige Brunnen, deren sich sonst 71.380 Menschen bedienten, ganz entschlossen wurden. Für die Erfolge dieser Massnahmen sprechen die folgenden Zahlen:

| Gemeldet wurden | 1887 | 1888 | 1889 | 1890 | 1891 (erstes Halbjahr) |
|---|---|---|---|---|---|
| An Typhus krank . . | 5991 | 4883 | 4274 | 3491 | 788 Soldaten |
| „ „ gestorben | 763 | 801 | 701 | 572 | 191 „ |

Dr. *E. Lewy.*

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 87. *Der gegenwärtige Stand der Staaroperation.*

*Von Dr.* ***Landolt,*** *Paris.*

*Deutschmann, Beiträge zur Augenheilkunde. 1892. Heft VI und VII.*

Um die verschiedenen über Staaroperation herrschenden, oft sich widerstreitenden Meinungen zu klären, hat Verf. an die meisten Operateure Fragebogen geschickt und den gegenwärtigen Stand der Frage aus den Antworten zusammengestellt. Hier sollen die Ansichten, die er mit der Majorität für die besten hält, aufgeführt werden.

Reife. Nicht ohne Grund haben unsere Meister vor der Operation unreifer Staare gewarnt. Auf das Alter des Cataract ist mehr Gewicht zu legen, als auf das Alter des Individuums. Unreife (d. h. nicht vollständig undurchsichtige) Cataracte können ohne Gefahr operirt werden, wenn sie sich durch eine sehr langsam und allmälig fortschreitende Reifung auszeichnen; diese Form verräth aber beinahe immer einen pathologischen Zustand des Augenhintergrundes. Zur künstlichen Reifung verwendet Verf. immer das *Förster*'sche Verfahren mit Beibehaltung der Iridectomie.

Schnitt. Die Meister operiren mit dem *Gräfe*'schen Linearmesser und legen den Schnitt im Limbus nach oben an. Nach unten wäre er nur bei Weglassung der Iridectomie zulässig. Ob mit oder ohne letztere operirt werden soll, darüber sind die Meinungen getheilt, die Majorität spricht sich jedoch ganz entschieden für die Beibehaltung der Iridectomie aus, da sie eine Sicherheit mehr für den Erfolg der Operation bietet. Um Iriseinklemmung zu vermeiden, soll man der grossen Cornealwunde entsprechend ein grosses Colobom anlegen und für die richtige Stellung der Sphincterecken mit Hilfe des Spatels Sorge tragen. Eine einige Wochen der Extraction vorausgeschickte Iridectomie hat viel für sich und ist bei complicirten Fällen sehr zu empfehlen.

Kapseleröffnung. Sie soll mit einem feinen Häkchen, einer Fliete oder einer Kapselpincette oder mit mehreren dieser Instrumente möglichst ausgiebig vorgenommen werden und es ist dabei die Anwendung concentrirten künstlichen Lichtes sehr zu



empfehlen, da wir bei einer gewöhnlichen guten Beleuchtung den Riss oder Schnitt in der Kapsel nicht sehen. Ebenso vortheilhaft ist diese Beleuchtung bei der Entfernung von Linsenresten, für welche die Massage mit den Augenlidern das natürlichste und ungefährlichste Mittel erscheint, wenn auch hie und da ein kleiner Löffel gute Dienste leistet. Die intraoculären Auswaschungen werden von der Mehrzahl der Fachmänner für unnütz und gefährlich gehalten.

Nachoperationen. Wenn auch manche die Discission für eine ganz gefahrlose Operation halten, die sie in mehr als 90 Procent allen Cataractoperationen nachschicken, stellt sich doch Verf. an die Seite derer, welche bei derselben zu grösster Vorsicht mahnen. Am besten ist es, sie mit 2 Nadeln zu machen, um nur ja jede Zerrung des Corpus ciliare zu vermeiden, den Glaskörper so wenig als möglich zu verletzen, und wenn er sich in der Wunde zeigen sollte, mit dem Galvanokauter zu zerstören; ferner die strengste Antisepsis walten zu lassen. „Die Secundäroperationen sammt und sonders“ (Iridectomie, Iridotomie, Extraction des Nachstares, Discission, Abtragung, Excision oder Cauterisation eines Irisprolapsus), „vielleicht mit Ausnahme des Anbringens einer Iriseinklemmung, das aber eben seinen Zweck nur sehr unvollkommen erfüllt, sind alle eingreifender als die Extraction selbst.“ Es ist also diejenige Extractionsmethode die empfehlenswertheste, welche das Auge am wenigsten den Gefahren der Secundäroperationen aussetzt. Unter sonst gleichen Umständen bietet die Iridectomie, namentlich die präliminäre Iridectomie, diese Garantie im hohen Grade.

Verband. Wenn auch einige Operateure auf jeden Verband verzichten, andere ihre Staaroperirten gleich nach Hause gehen lassen, so meint doch die grosse Mehrzahl, dass Ruhe und ein schützender Verband für eine rasche und glatte Heilung von grossem Werthe sind. Besonders indicirt sind sie, wenn keine Iridectomie gemacht wurde.

Antisepsis und Asepsis. Die Träger der Infection „finden sich auf der Haut und in den Haaren des Patienten, sie bergen sich im Conjun[illegible]tivalsacke und wimmeln geradezu im Thränensacke. Wir ha[illegible] sie ferner zu suchen an den mit dem zu operirenden Auge in Berührung kommenden Gegenständen: Den Händen des Operateurs, den Instrumenten, dem Verbandzeuge und dem zur Reinigung dienenden Wasser sowohl als in den Collyrien.“ Um zur Asepsis zu gelangen, haben wir nur zwei Mittel: Die Hitze und gewisse chemische Substanzen. Die Hände des Operateurs werden gründlich mit heissem Wasser und Seife, Bürste und Nagelräumer gereinigt, dann das Fett durch absoluten Alkohol entfernt und mit einer starken antiseptischen Lösung sterilisirt, z. B. Sublimat $^{1}/_{1000}$. Sie werden nicht oder mit sterilisirtem Handtuch getrocknet, Verf. steckt sie bis zur Operation in sterilisirte Leinwandsäckchen.

Die Verbandgegenstände, die Tropfwässer, das Augenwaschwasser werden in Wasserdampf von 120 Grad sterilisirt; ebenso Lidhalter, Sonden, Spritzen und ähnliche stumpfe, nicht leicht oxydirbare Instrumente. Für stählerne Instrumente kann heisse



Luft (nicht über 120°), oder kochendes Wasser verwendet werden. doch sind diese Methoden nicht absolut sicher. Von chemischen Mitteln ist 1 Procent Oxycyanquecksilber (Einlegen durch 40 Minuten) oder 1 Procent Cyanquecksilber (Einlegen durch 10 Minuten) am empfehlenswerthesten.

Zur Reinigung des Operationsfeldes, wobei man nicht des Guten zuviel thun soll, eignet sich am besten Sublimatlösung 1 : 5000; während und nach der Operation ist Borsäurelösung, physiologische Kochsalzlösung oder sterilisirtes Wasser zu benützen: die Thränenwege soll man mit einer antiseptischen Lösung ausspritzen. Es empfiehlt sich, die Reinigung des Auges schon am Vorabend der Operation vorzunehmen, hierauf einen antiseptischen Verband anzulegen und die Procedur unmittelbar vor der Operation noch einmal zu wiederholen. *v. Reuss.*

# Literatur.

88. ***In den gewerblichen Betrieben vorkommende Staubarten in Wort und Bild.*** *Wien 1892. Verlag des Vereines zur Pflege des gewerbehygienischen Museums in Wien.*

Dr. *F. Migerka*, der unermüdliche Central-Gewerbeinspector Oesterreichs, unternahm es, ein Werk herstellen zu lassen, welches die medicinischen wie die technischen Kreise in gleich hohem Grade interessirt, da es berufen ist, in der Literatur der Gewerbekrankheiten eine Partie zu erörtern, welcher bis jetzt alle sonst hierzu Berufenen mit grosser Vorsicht aus dem Wege gegangen waren. Der Techniker hatte eben nicht die hierzu erforderlichen medicinischen Kenntnisse und der praktische Arzt weder Zeit, Lust, noch Gelegenheit, alle jene Betriebe durchzuforschen, welche das Materiale zu dem vorliegenden Werke lieferten. Wir finden hier auf 11 Tafeln 44 Staubarten in circa 100facher linearer Vergrösserung photographisch aufgenommen und im Wege des Lichtdruckes vervielfältigt. Die Präparate wurden vom k. k. Gewerbeinspectors-Assistenten *Ludwig Jehle* in Wien gesammelt, welcher auch im Vereine mit Docent Dr. *E. Lewy* den Text zu den Tafeln lieferte. Wir sind nun über die Structur des Staubes jeder Arbeitsgattung vollständig unterrichtet und können regelmässig den Zusammenhang zwischen den physikalischen Eigenschaften der Staubsorten und den durch sie erzeugten krankhaften Veränderungen nachweisen. Bei Anordnung der Tafeln wurden die neuesten Fortschritte auf dem Gebiete der Erforschung von Gewerbekrankheiten berücksichtigt und im Texte auch den Berichten verschiedener Arbeiter-Krankencassen Rechnung getragen, so dass unter Anderem auch der Geschäftsbericht der Wiener Bezirks-Krankencasse für das Jahr 1890 und die Berichte der Krankencasse des Gremiums der Buchdrucker und Schriftgiesser Niederösterreichs für 1889, 1890 und 1891 benützt wurden. Wir finden die Abbildung, Beschreibung und Erörterung der Art der Einwirkung insbesondere auf die Athmungsorgane des Metallstaubes der Gusseisenputzerei und der Nadelschleiferei, dann jener Gewerbe, die sich mit Broncestaub beschäftigen oder Bleistaub erzeugen. Von den Sorten des Steinstaubes lernen wir den Cementstaub, Glasstaub, dann den Staub von Quarz, Granit, Sand, Kalkstein und Thomasschlacke kennen. Die Drechslereien lieferten den Staub von Palmkernen, Steinnuss, Copranuss,



Horn, Elfenbein, Fischbein, Schildkrot, Meerschaum und Perlmutter. Beim Holzstaube zeigt nur das Mikroskop, warum bei Arbeitern, welche gezwungen sind, in einer mit Holzstaub gefüllten Atmosphäre zu arbeiten, so rasch Erkrankungen der Athmungsorgane auftreten. Da dieser Staub specifisch leicht ist, vertheilt er sich leicht in der Luft, gelangt massenhaft zur Einathmung und dringt umso tiefer in die Luftwege, je feiner er ist und setzt, da er spiessig ist, dem Abhusten grossen Widerstand entgegen. Die Staubarten der Textilindustrie stammen zumeist von den vegetabilischen Gespinnstfasern als Flachs, Hanf, Jute und Baumwolle, nebst welchen die animalischen Fasern der Seide, dann der bei Verarbeitung von Thierhaaren entstehende Staub der Rosshaar-, Hut-, Filz-, Kotzen- und Shoddyindustrie abgebildet wurden. Hieran schliessen sich noch die Staubarten der Müllerei, als der Mehlmühlen und der Lohmühlen, dann der Teppichstaub und der Hadernstaub. Durch die vereinte Arbeit entstand demnach ein Werk, das, obgleich vollkommen selbstständig durchgeführt, als Ergänzung der Handbücher der Gewerbekrankheiten aufgefasst werden muss und Lehrenden wie Lernenden auf diesem Gebiete in gleicher Weise willkommen sein dürfte. *—r.*

89. ***Augenärztliche Untersuchungstafeln.*** *Heft II. Die Entwicklung des Altersstaares. Von Dr. H. Magnus, a. ö. Prof. der Augenheilkunde in Breslau. Breslau, Kern, 1892.*

Die zweite Lieferung enthält auf 11 Tafeln in Grossoctav die Entwicklung des Altersstaares, über welche wichtige Materie Abbildungen bisher kaum existirt haben. Sie sind nach Untersuchungen mit dem Lupenspiegel dargestellt und entsprechen einer 15—18fachen Vergrösserung. Sie sind hauptsächlich für den Unterricht bestimmt; ein erklärender Text ist beigegeben. Weiteren Lieferungen sehen wir mit Vergnügen entgegen. *v. Reuss.*

90. ***Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Oesterreich, Deutschland und Frankreich.*** *Von R. v. Krafft-Ebing, o. ö. Prof. der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der k. k. Universität Wien. Dritte, umgearbeitete Auflage. Stuttgart 1892, Verlag von Ferd. Enke.*

Ist es die Folge der grösseren Oeffentlichkeit im socialen Leben, oder handelt es sich thatsächlich um eine bedeutende Zunahme einschlägiger Psychosen, soviel ist gewiss, dass beinahe jeder Tag in den Gerichtsverhandlungen Fälle bringt, in denen der Gerichtsarzt sich über den Geisteszustand des Inculpaten zu äussern hat. Wir wiederholen nur allgemein Anerkanntes, wenn wir die Bedeutung des nunmehr in dritter Auflage vorliegenden Werkes für die Verbreitung richtiger Grundsätze der Beurtheilung zweifelhafter Geisteszustände noch einmal hervorheben. Verf., der das schwierige Thema der forensischen Psychologie in diesem Werke gleichsam auf klinischer Grundlage dem Leser vorführt, hat den Fortschritten der Klinik und der Anthropologie mit gleicher Sorgfalt Rechnung getragen. Als ganz neue Abschnitte sind aufgenommen der „Wahnsinn“, die „Paranoia paralytica“, die toxischen Psychosen seitens des Morphins und des Cocaïns, die Neurasthenie und die „traumatische Neurose“, die Menstruation in ihrem Einflusse auf die Psyche, der Eifersuchtswahn, das Irresein in Zwangsvorstellungen, die transitorischen Geistesstörungen bei Gebärenden und Neuentbundenen. Desgleichen haben alle sonstigen Capitel namhafte Bereicherungen erfahren, einige sind umgearbeitet. So wird das Werk des Verf. seine Bedeutung

als verlässlicher Führer und Rathgeber in den schwierigen Fragen zweifelhafter Zurechnungs- und Dispositionsfähigkeit auch fernerhin bewahren und für den Lernenden als Lehrbuch durch die methodische Darstellung, sowie dem Forscher wegen der eingehenden Berücksichtigung der literarischen Quellen als Handbuch gleich werthvoll sein. —*ch.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

91. ***Der Gang der Cholera im Jahre 1892.*** *Von Hofrath Prof. Dr.* **Drasche**. *Vortrag, gehalten im Wiener medicinischen Club am 9. November 1892. (Prager med. Wochenschr. 1892. 47.)*

(Schluss.)

Inwiefern in grösseren Fabriksetablissements, wo bedeutende Massen Hadern zum Reinigen der Maschinen verwendet werden, die Cholera hier auch verbreitet werden kann, ist bis jetzt der öffentlichen Aufmerksamkeit entgangen. Da die Kunstwolle (Trennlumpenwolle), vornehmlich vegetabilischen Ursprunges aus alten Baumwolleabfällen, mithin auch aus Wäsche in einer sehr ausgedehnten Hausindustrie bereitet und selbst zur Fütterung von Decken und Kleidern verwendet wird, so muss dieselbe zu Cholerazeiten gleichfalls als sehr verdächtig betrachtet werden.

Da Kleider von Cholerakranken mit deren Entleerungen beschmutzt sein können, haben dieselben auch als Infectionsträger zu gelten, wenngleich hierfür auch keine einwurfsfreien Beispiele vorliegen. Dass Briefe, Bücher, Paquete, Waarencollis und andere leblose Träger aus Seuchengebieten die Cholera verbreiten können, wird wohl behauptet und nacherzählt, ohne hierfür einen concreten, auch nur den Verdacht begründenden Fall vorführen zu können.

So allgemein auch gegenwärtig geglaubt wird, dass besonders durch Nahrungsmittel die Choleraverbreitung vermittelt werde, so finden sich doch in der ganzen Choleraliteratur nur 3, aber keineswegs vollends überzeugende und unzweifelhafte Fälle der Infection durch Alimente. Da dieselben aus einer Zeit stammen, wo die Commabacillen noch im Schosse der Zukunft lagen, so zeigen sie, wie sehr die Aerzte schon früher ihre Aufmerksamkeit hierauf gerichtet hatten. So theilt *Snow* mit, dass die einzigen Cholerafälle, welche in einem Dorfe (Carisbrook) auf der Insel Wight vorkamen, Personen betrafen, die etwas von, aus dem Nachlasse eines kurz vorher, eine Meile von Carisbrook entfernten Newport, an der Cholera gestorbenen Mannes stammenden Kuhfüssen gegessen hatten. Von den 11 Personen, welche sich an dieser Speise betheiligten, erkrankten 7, worunter auch solche, welche die betreffenden Kuhfüsse gebraten gegessen hatten. Wie und durch wen dieselben nach Carisbrook gelangten, ist nicht angegeben — mithin die Importation der Krankeit auf eine andere Weise nicht ausgeschlossen. Als Seitenstück kann ein Fall von Wörenlos bei Zürich gelten. Es erkrankte im genannten Orte der Friedensrichter, der seit Wochen aus seinem Wohnsitze nicht gekommen war, aber kurz vorher von durch seine Frau aus dem 1867 verseuchten Zürich mitgebrachten Rindsfüssen gegessen hatte. Die übrigen Familienglieder, die hiervon ebenfalls genossen haben, blieben gesund. *Nieriker* legt diesem frappanten Falle keinen Werth bei, da sich die verdächtige Herkunft jenes Gerichtes nicht sicher erweisen liess. Den letzten Fall der vermeintlichen Propagation der Cholera durch Nahrungsmittel berichtet *Zehnder* ebenfalls aus der Schweiz (1867). Es waren wieder



Ochsenfüsse, nach deren Genusse sowohl in Baden bei Zürich, wie hier selbst eine Anzahl von Choleraerkrankungen sich ereignete. Bezüglich 13 von diesen bemerkt *Zehnder*, dass sich bei denselben eine derartige Infection mehr weniger nachweisen liess. Er nimmt an, dass die Verunreinigung dieser Füsse durch zum Waschen derselben verwendetes Wasser aus einem wahrscheinlich inficirten Brunnen stattgefunden haben mag. Obgleich sich während der Epidemie 1884/86 in Frankreich, Italien und Spanien die Aufmerksamkeit der dortigen einheimischen und fremden Aerzte — ja selbst *Koch's* — auf die Nachforschung der Propagationsweise der Seuche vornehmlich im bacillären Sinne richtete, so ist doch bis jetzt kein einziger Fall der directen Ansteckung durch Speise und Trank bekannt geworden. Es muss sich also der blosse Verdacht einer derartigen Infection nur äusserst selten bemerkbar machen.

Ueber die Verbreitung der Cholera durch Getränke, namentlich durch das Trinkwasser, liegen sehr zahlreiche, sich geradezu widersprechende Beobachtungen vor. Während von einer Seite die Propagation der Krankheit durch das Trinkwasser als ungerechtfertigt hingestellt wird, so wird von anderer Seite wieder das Gegentheil behauptet. Würden hierfür so einwurfsfreie Beweise, wie beim Typhus vorliegen, so wäre jeder Zweifel behoben. Dies gilt selbst für gewisse Alimente, wie z. B. für die Milch, welche in einigen Typhusepidemien als der Träger des Infectionsstoffes mit einer fast mathematischen Gewissheit erklärt werden kann. Bei der noch zweifelhaften Bedeutung der Commabacillen ist selbst deren Nachweis immer noch nicht überzeugend.

Die bacteriologische Beobachtung, dass auch durch Fliegen die Cholera verbreitet werden könne, geht vor der Hand noch die Zweiflügler an und braucht Niemand zu beunruhigen.

Die Klärung der Bacillenfrage bei der Cholera steht nach den in dieser Epidemie gemachten Erfahrungen mehr denn als je in der Schwebe. Die Hoffnung, dass es in der Praxis durch den Bacillenfund gelingen werde, die ersten Erkrankungsfälle, von deren Isolirung doch Alles abhängt, zu constatiren, hat sich nicht erfüllt. Bei dem in Hamburg am 17. August in das dortige Spital aufgenommenen Cholerakranken konnten erst nach 4 Tagen die Bacillen mit Sicherheit nachgewiesen werden. So war es selbst in Berlin und auch zuletzt in Podgorze, wo bereits ein Cholerakranker verschieden, obducirt und begraben war, ohne dass auch nur eine derartige Untersuchung stattgefunden hatte. Wird noch die Verwirrung, welche durch die Bacillen in der Unterscheidung zwischen einheimischer und asiatischer Cholera bei schon an Ort und Stelle ausgebrochener Krankheit zu Tage getreten ist, vom ärztlichen Standpunkte betrachtet, so dürften wohl die Anfangs auf die Bacillen so überschwänglich gesetzten Erwartungen schon etwas herabgestimmt sein.

Eine nicht zu verkennende Tragweite für die Praxis können besonders die während der gegenwärtigen Epidemie bekannt gewordenen bacteriologischen Widersprüche haben. So sollen in der rohen Milch die Bacillen sehr bald zu Grunde gehen, dagegen in der gekochten Milch üppig gedeihen. Während die erfahrenen Choleraärzte zu gewissen Heilmitteln, welche die Gedärme beruhigen und deren Ausscheidungen mässigen oder hemmen, ein grosses Vertrauen haben, so sind dieselben nach Experimenten an den Thieren geradezu schädlich, da sie die Ansiedlung und das Verbleiben der Bacillen begünstigen. Ist es da zu verwundern, wenn die absonderlichsten Rathschläge und Massnahmen gegen die Cholera

empfohlen und getroffen werden. Unter solchen Bewandtnissen ist es gar nicht befremdend, wenn unsere klinischen Autoritäten eine gewisse Zurückhaltung in der Bacillenfrage beobachten. In ihrer mehr officiellen Anleitung zur Behandlung der Cholera heisst es ausdrücklich, dass von den allermeisten Beobachtern die Commabacillen als die eigentliche Ursache der Choleraerkrankung angenommen werden. Sinn und Worte dieser Zeilen können nicht anders gedeutet werden.

---

# Kleine Mittheilungen.

92. ***Fall von extragenitaler Infection bei einem 10 Monate alten Kinde.*** *Von Docent Dr. v.* ***Eröss.*** *Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest am 26. Nov. 1892.*

Am Scrotum des 10 Monate alten Kindes ist eine Sclerose sichtbar, die ganz den syphilitischen Charakter an sich trägt und die seit 10 Tagen besteht. Die Inguinaldrüsen der linken Seite sind ebenfalls exulcerirt. Allgemeine Symptome haben sich bisher nicht eingestellt. Hinsichtlich der Entstehung der Infection gibt die Mutter des Kindes an, dass ein junger Mann bei ihr wohne, der das Kind häufig zu sich in's Bett nehme; derselbe leide gegenwärtig an einem geheimen Leiden und stehe unter ärztlicher Behandlung.

93. ***Antipyrin gegen Nasenbluten.*** Nach einer Mittheilung von Dr. *E. G. West* in Boston hat sich das Antipyrin als unübertreffliches Mittel gegen Nasenbluten bewährt. In acuten Fällen sättigt er einen Baumwollenpfropf mit Antipyrinlösung oder Pulver und bringt ihn in das Nasenloch. Dies half in allen Fällen sofort, ohne die Bildung jener lästigen Blutgerinnsel, wie sie die Application von Eisenlösung bewirkt. (Med. Neuigkeit. 1892. 49.)

94. ***Auffinden von Fischgräten im Halse.*** *Dundas Grant* berichtet von einer Patientin, welche seit 8 Tagen eine Häringgräte in der Kehle („dans la gorge") hatte. Er hatte sie bei der gewöhnlichen Art der Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel in der linken Hand nicht gefunden; als er aber diesen in die rechte Hand nahm, sah er die Spitze der feinen Gräte, welche wegen ihrer Feinheit dem fühlenden Finger entgangen war, aus der rechten Zungentonsille hervorragen und konnte sie durch äusseren Druck auf die rechte Maxillargegend, während die Patientin phonirte, so weit hervordrängen, dass sie mit einer *Mackenzie*'schen Pincette gefasst und extrahirt werden konnte. Die Beschwerden waren damit behoben. Aus dieser Beobachtung geht hervor, dass man beim Aufsuchen einer Gräte der Zungentonsille besonderes Augenmerk zuwenden und sich nicht durch die Angaben über den Sitz des Fremdkörpers täuschen lassen soll. Man muss die Spiegeluntersuchung eventuell auch mit der rechten Hand vornehmen. Durch einen Druck auf die Submaxillargegend während der Phonation kann man die Gräte aus der Zungentonsille hervordrängen. (Med. Neuigkeit. 1892. 47.)

95. ***Behandlung der Oesophagusstricturen mit Metallsonden.*** *Von* ***Rosenheim.*** *Vortrag in der medicinischen Gesellschaft zu Berlin am 6. Juli 1892.*

Sie sind aus gewalztem Blech hergestellt, das in Spiralen geschnitten ist, sind in allen Stärken zu machen und genügen allen Anforderungen. Der flexible Theil ist 44 Cm. lang, reicht also bis zur Cardia. Die Sonden sind leicht, reinlich und bequem zu handhaben. Die Schleimhaut des Oesophagus wird durch die Sonden nicht gereizt oder eingeklemmt. Sie empfehlen sich sehr zum Gebrauche in Fällen, wo man zur momentanen Dilatation der Stricturen genöthigt ist.

96. ***Behandlung von Cystitiden mit Einspritzungen von Jodoformätherölösungen.*** *Von* ***Oker-Blom.*** *(Annal. des malad. de org. gén.-ur. 1892, August. — Centralbl. f. Chir. 1892. 45.)*

Mittelst des *Guyon*'schen Instillateurs wurden pro die 1—6 Ccm. der Jodoformätheröllösung (1 : 7 : 7) in die Blase gebracht; diese Einträuflungen werden jeden 2. oder 3. Tag wiederholt. Die Schmerzen und die Häufigkeit der Urinentleerungen bessern sich meist schon nach der 2. Instillation. Die besten Erfolge erreicht man bei den acuten gonorrhoischen Blasencatarrhen.



97. ***Nackenroller.*** *Von* ***C. Wendschuh.*** *(Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik. 1892. 1. — Deutsch. Med.-Ztg. 1892. 92.)*

Verf. hat ein Instrument, den Nackenroller, zur instrumentellen Massage des Halses und des Nackens angegeben. Dieses Instrument besteht aus einem Handgriff, an welchem sich ein Bügel von Nickelmetall befindet. In letzterem ist eine Weichgummiwalze angebracht, welche sich um ihre Achse bewegt. Diese Walze übt durch Hin- und Herführen des Instrumentes die Massage aus.

98. ***Beiträge zur Aetiologie des Leberabscesses.*** *Von* ***G. Genersich,*** *Klausenburg. (Pester med.-chir. Presse. 1892. 12. — Centralblatt f. klin. Med. 1892. 51.)*

Eine Frau, die seit 10 Jahren an Gallensteinkoliken gelitten hatte, starb unter septischen Erscheinungen. Bei der Section fand sich der vermuthete Leberabscess, im Gallengang ein eingeklemmter Stein und ein Spulwurm, sowie reichliche Spulwurmeier. Da der Abscess nicht an der Stelle des Steines sich entwickelt hatte, und auch die Schleimhaut in der Umgebung des Steines nur wenig inficirt war, glaubt Verf., dass nicht der Stein, sondern der Spulwurm, der durch eine alte Choledochoduodenalfistel leicht eindringen konnte, Ursache des Abscesses gewesen sei, und zwar wahrscheinlich dadurch, dass er Streptococcen mit sich riss.

---

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Kratter, Prof. Dr. Julius*, Die Aufgaben der gerichtlichen Medicin in Lehre und Forschung. Wien 1892, Alfred Hölder.

*Volkmann, Richard v.* Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel. 1892.

Nr. 59. Senn Nicolaus, Die Behandlung der Schusswunden des Magendarmcanales.

Nr. 60. Weiss, Otto v. Zur Behandlung der Vorderscheitellagen.

„ 61. Liebermeister C. Ueber das einfache Magengeschwür.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

---

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.






Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

99. ***Die Aetiologie der Lebercirrhose.*** *Von Prof.* ***Liebermeister.*** *(„Ueber Leberentzündung und Leberdegeneration." Deutsche med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Die Lebercirrhose entsteht vorzugsweise bei Menschen, welche während längerer Zeit gewohnheitsmässig viel Branntwein getrunken haben; doch hat Verf. die Krankheit nicht nur bei Leuten gesehen, welche neben grossen Mengen von Wein oder Bier auch kleine Mengen von Branntwein zu sich genommen hatten, sondern auch bei solchen, welche neben reichlichem Genuss der schwächeren Spirituosen jeden Gebrauch von Branntwein in glaubwürdiger Weise in Abrede stellten. Berücksichtigt man, dass die aufgenommenen Getränke vom Darmcanal aus zunächst der Pfortader zugeführt werden, so liegt es nahe, die chronisch entzündliche Reizung im Gebiete der Pfortader von einer directen Wirkung des Alkohols abzuleiten. Vielleicht gibt es ausser dem Alkohol noch andere Substanzen, deren Einführung vom Darmcanal aus eine ähnliche Wirkung auf die Leber ausüben. Man hat schon vermuthet, dass gewisse scharfe Gewürze oder dass Kaffee und ähnliche Getränke, im Uebermass genossen, einen solchen Einfluss haben könnten. Gewisse andere Krankheiten haben zuweilen Cirrhose im Gefolge. So kann in einzelnen Fällen von Syphilis ein der Cirrhose ähnlicher Zustand der Leber vorkommen. Manche Fälle von Cirrhose werden auf Malaria zurückgeführt, und namentlich italienische Aerzte haben darauf hingewiesen, dass in ihrem Lande, in welchem Abusus spirituosorum selten vorkomme, dagegen die Malaria häufig sei, die Lebercirrhose nicht selten beobachtet werde. Wer jedoch die Schilder in den Strassen beachtet, überzeugt sich leicht, dass in Italien der Branntweingenuss nicht so ganz selten sein kann, wie dies zuweilen dargestellt wird. Auch der Gicht hat man schon einen Einfluss auf die Entstehung der Cirrhose zuschreiben wollen. Die beiden Formen der Cirrhose, die portale und die biliäre, haben im Wesentlichen die gleiche Aetiologie, den reichlichen Genuss von Alkohol; von welchen besonderen Umständen es abhängt, ob dabei die eine oder die andere Form oder etwa eine aus beiden zusammengesetzte zur Entwicklung kommt, ist bisher nicht klar. Bei der Entstehung der biliären Form scheinen in einzelnen Fällen Umstände, welche eine reizende Einwirkung auf die Gallenwege ausüben, mitzuwirken, so wiederholte Gallenstauungen oder die Gegenwart von Concrementen in den Gallenwegen. Schon vor längerer Zeit (1864) hat Verf. einen Fall genau beschrieben, bei welchem Concremente in den Wurzeln des Ductus hepaticus zu einer der Lebercirrhose durchaus entsprechenden interlobulären Bindegewebswucherung geführt hatten.





Der Aetiologie entsprechend wird die Cirrhose beträchtlich häufiger bei Männern als bei Weibern beobachtet und vorzugsweise im mittleren oder höheren Lebensalter, die portale Form häufiger bei älteren, die biliäre auch bei jüngeren Leuten; übrigens kommt die portale Form zuweilen auch bei jugendlichen Branntweintrinkern vor und in seltenen Fällen selbst bei Kindern, bei denen Branntweingenuss ausgeschlossen war. Vermehrung des interlobulären Bindegewebes kommt auch vor bei manchen anderen Krankheiten der Leber. Dahin gehören einzelne Fälle von Tuberculose der Leber und namentlich von Miliartuberculose, wenn sie längere Zeit besteht. Auch bei Carcinom der Leber und bei Leberabscess erfolgt häufig eine Wucherung des interlobulären Bindegewebes. Auch bei Magengeschwür, wenn es nach vorheriger Verwachsung in die Leber vordringt, wird nicht selten eine locale Wucherung des interlobulären Bindegewebes beobachtet. Verf. rechnet solche Fälle, obwohl sie anatomisch manche Uebereinstimmung damit zeigen, doch nicht zur eigentlichen Cirrhose, sondern bezeichnet sie als secundäre Wucherungen des interlobulären Gewebes. Bei der Aetiologie der Cirrhose wurden früher neben dem Alkoholmissbrauch auch noch aufgeführt Herz- und Lungenkrankheiten, welche zu allgemeiner Stauung im grossen Kreislauf führen; ja manche Autoren erklärten solche Stauung für die häufigste Ursache der Cirrhose und räumten daneben dem Branntweingenuss nur eine untergeordnete Stelle in der Aetiologie ein (*A. Becquerel*, 1840). Verf. rechnet die Bindegewebswucherung, welche bei lange dauernder Stauung im grossen Kreislauf sich entwickelt, die atrophische Muscatnussleber, nicht zur eigentlichen Cirrhose, wenn auch zugegeben ist, dass es Fälle gibt, welche sowohl in ihrem anatomischen Verhalten, als auch klinisch in ihren Folgen mancherlei Uebereinstimmung mit der Cirrhose zeigen. Aehnlich wie nach Stauung in den Blutgefässen kann in besonderen Fällen auch nach lange andauernder Gallenstauung eine secundäre Bindegewebswucherung in der Leber auftreten, und manche Autoren haben diese Fälle zur biliären Cirrhose gerechnet; einzelne haben sogar gemeint, es sei dies die eigentliche biliäre Cirrhose, und die Fälle, bei deren Entstehung Alkoholmissbrauch mitbetheiligt sei, müssten von dieser Bezeichnung ausgeschlossen werden. Es scheint eine solche Auffassung ebenso eine Umkehrung des natürlichen Verhältnisses und des Sprachgebrauches zu sein, wie wenn man behaupten wollte, nur die atrophische Muscatnussleber, wie sie durch Stauung im grossen Kreislauf entsteht, sei die eigentliche Cirrhose, und die Fälle, welche durch Alkoholgenuss entstanden seien, gehörten nicht dazu. Verf. rechnet zur Cirrhose vorzugsweise die primären Fälle, wie sie durch übermässigen Genuss von Spirituosen oder durch andere zum Theil noch unbekannte Schädlichkeiten entstehen; die von Blutstauung oder Gallenstauung abhängige Vermehrung des interlobulären Gewebes bezeichnet er als secundäre Bindegewebswucherung. —r.

100. ***Ueber alimentäre Glycosurie bei Morbus Basedowii.*** *Von* ***Chvostek.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1892. 17, 18 u. 22. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 52.)*

Beim Morbus Basedowii kommt neben echtem Diabetes auch eine in eminenter Weise von der Nahrung abhängige Glycosurie



vor, die als gesteigerte physiologische Glycosurie bezeichnet werden muss. So oft bei anderen Neurosen auf diese Glycosurien untersucht wurde, war das Resultat ein negatives. Auch bei solchen Glycosurien, die durch organische Läsion des Centralnervensystems bedingt waren, konnte ein Einfluss der Art der Ernährung auf dieses Symptom nicht nachgewiesen werden. Demnach scheint es, dass die häufigste bei Morbus Basedowii zu beobachtende Störung des Kohlehydratstoffwechsels, nämlich die alimentäre Glycosurie im Gegensatz zu jenem Symptom zu stellen sein wird, das als nervöse Glycosurie zu bezeichnen wäre. Diese einzelnen Formen der Glycosurie sind häufig schwer von einander abzugrenzen, auch ihre prognostische Bedeutung ist schwer zu bestimmen. Die klinische Erfahrung lehrt, dass gesteigerte alimentäre Glycosurie auch in der Form, die den Uebergang zu der leichten Form des Diabetes vermitteln würde, lange Jahre bei äusserst herabgesetztem Gesammtkörperbestande und ohne besondere Functionsstörungen bestehen kann, ohne dass weiterhin die herabgesetzte Assimilationsgrenze progressiv im Sinne der Ausbreitung eines Diabetes sinken würde, während sehr viele, wenn nicht die meisten Fälle von Diabetes einen solchen progressiven Charakter besitzen. Die Beobachtungen von gesteigerter alimentärer Glycosurie bei Morbus Basedowii erweisen das Bestehen bestimmter Störungen im Kohlehydratstoffwechsel in einer grossen Anzahl von Fällen dieser Erkrankung und geben im Zusammenhalt des Verhaltens dieser alimentären Glycosurien gegenüber den sogenannten nervösen einen Hinweis, dass man den bei Morbus Basedowii mehrfach beobachteten wahren Diabetes auf Störungen der Function der Assimilationsorgane zurückzuführen hat, dass es jedoch nicht angeht, aus dem Zusammenvorkommen beider Processe auf eine bulbäre Localisation des Morbus Basedowii zu schliessen.

101. ***Beiträge zur topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten.*** *Von Prof. E. Leiden, Berlin. (Internat. Beitr. z. wissensch. Med. Bd. III. — Deutsche med. Ztg. 1892. 103.)*

1. Ein Fall von hemianoptischer Pupillenstarre. (Diese Bezeichnung zieht Verf. der von *Wernicke* vorgeschlagenen „hemiopischen Pupillenreaction“ vor). Das Verhalten der Pupillen bei Gehirnaffectionen, mit halbseitiger Blindheit (Hemianopsia homonyma), muss nach *Wernicke* je nach dem Sitze des Krankheitsherdes verschieden sein. Der Reflexbogen zwischen Retina und dem Irisaste des Oculomotorius reicht nur bis zu den Vierhügeln. Jeder Tractus opticus hängt einerseits mit einem reflexvermittelnden Centrum in den Vierhügeln, andererseits weiter centralabwärts mit einer nach der Hirnrinde des Hinterlappens führenden Leitungsbahn zusammen. Findet nun die Unterbrechnng der Leitungsbahn vor den Vierhügeln, im Tractus opticus, statt, so muss der Pupillenreflex für diejenigen Lichtstrahlen ausbleiben, welche die unempfindliche Retinahälfte treffen. Bei Unterbrechung der Bahn hinter den Vierhügeln würde der Reflexbogen von der Retina zur Iris und damit die Pupillenreaction intact bleiben. Um das Symptom zu erkennen, lässt man mittelst Spiegel reflectirtes Licht bald auf die linke, bald auf die rechte Retinahälfte fallen. Der vom Verf. beobachtete Fall bestätigt die Annahme *Wernicke's*. Es

handelt sich um eine 69jährige Frau mit Hemiplegia sinistra, Hemianopsia sin. und hemianoptischer Pupillenstarre. Die Contraction der Pupillen blieb aus, wenn man mittelst einer Sammellinse vorsichtig die rechten Retinahälften beleuchtete, trat dagegen bei Beleuchtung der linken, normal fungirenden Retinahälften deutlich ein. Die Section ergab im rechten Linsenkern einen Erweichungsherd, welcher sich bis in den Hirnschenkel hinein erstreckt und den Tractus opticus zum Theil mitergriffen, den Reflexbogen zum Irisaste des Oculomotorius somit unterbrochen hatte.

Der Werth des genannten Symptomes für die topische Diagnostik wird aber dadurch eingeschränkt, dass schon eine geringe Differenz in der Lagerung des Herdes geeignet ist, dasselbe nicht hervorzurufen. Der zweite Fall, 22jähr. Frau, liefert ein Beispiel hierfür. Es bestand bei Hemiplegia sinistra mit charakteristischen Bewegungen der nicht ganz gelähmten Extremitäten Hemianopsia sinistra, bei völlig erhaltener Pupillenreaction. Die Lage des Herdes wurde hier auch in dem Linsenkern, der inneren Kapsel und dem Thalamus angenommen (keine Section), nur etwas mehr nach aussen, nach der Peripherie zu, so dass der Tractus opticus nicht berührt wurde. Im dritten Falle, 42jähr. Frau, bestanden die Symptome einer Hemiplegia sinistra, conjugirte Abweichung der Augen, homonyme Hemianopsia sinistra mit wohlerhaltener Pupillenreaction, Neuritis optica, *Jackson*'sche Epilepsie. Die Section ergab das unerwartete Resultat einer ausgedehnten Venenthrombose auf der rechten Gehirnhemisphäre, sowie Oedem des Gehirns. Der vierte Fall, 50jähr. Frau, war mit rechtsseitiger Hemiplegie und sensorischer Aphasie, ohne Hemianopsie, sowie mit Seelenblindheit einhergegangen (Patientin konnte die ihr vorgehaltenen Gegenstände nicht erkennen und nicht bezeichnen). Bei der Autopsie fand sich ein Tumor an der Grenze des Parietal- und Occipitallappens der linken Hemisphäre, entsprechend *Naunyn's* Centrum der Wortblindheit, in dessen Nähe der Herd auch intra vitam vermuthet worden war.

102. ***Ueber Augensymptome bei Neurosen.*** *Von Docent Dr. Frankl-Hochwart. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 48.)*

Seit mehreren Jahren ist es vielleicht das meist discutirte Thema der Neurologie: Gibt es concentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei den traumatischen Neurosen? Die Einen erklären sie für häufig, Andere für selten, die Dritten meinen, sie wären nur das Resultat der Simulation. Nun kann man sich erst fragen, welche Resultate das Perimeter liefern wird, und a priori wird die Antwort lauten: ähnliche, wie bei den obgenannten Neurosen, wenn sie auf nicht traumatischer Basis entstanden sind. Verf. hat bei einer Anzahl neurasthenischer und hysterischer Personen auf traumatischer Basis diesbezügliche Erfahrungen gesammelt. Gleichzeitig veranstaltete er Untersuchungen über den Licht- und Farbensinn, um dadurch allenfalls einen neuen Anhaltspunkt zu finden. Als Untersuchungsmittel diente das für diese Zwecke noch nicht verwendete Instrument von *Chibret*. Derartige Untersuchungen fehlten bei der Neurasthenie. Bei der Hysterie lagen nur solche für die Fälle mit concentrischer Gesichtsfeldeinschränkung vor.



Bei letzterer soll nach *Parinaud* und *Wolfberg-Freund* der Licht- und Farbensinn herabgesetzt sein, während *Wilbrand* bei seinen Messungen mit dem *Förster*'schen Photometer keine Aenderungen fand. Bei der Neurasthenie scheint dauernde Gesichtsfeldeinschränkung nach Verf. nicht vorzukommen, trotzdem von manchen Seiten gegentheilige Meinungen ausgesprochen wurden; der Lichtsinn war immer normal. Das Perceptionsvermögen für Farben ist bisweilen etwas herabgesetzt. Bei der Hysterie ohne Sensibilitätsstörungen — aber auch bisweilen bei solchen mit Anästhesien — zeigt der oculistische Befund ähnliche Verhältnisse: normales Gesichtsfeld, normaler Lichtsinn. Farbensinn normal oder leicht geschädigt. Die concentrische Einschränkung kommt hauptsächlich — wenn auch nicht einzig und allein — den Hysterien mit Sensibilitätsstörungen zu. Wo concentrische Gesichtsfeldeinschränkung besteht, dort ist auch der Farben- und Lichtsinn herabgesetzt, und zwar gehen diese Herabsetzungen der Verkleinerung des Gesichtsfeldes parallel. An dem Auge, wo das kleinere Gesichtsfeld ist, ist der Licht- und Farbensinn geringer. Mit dem Kommen und Schwinden der Sensibilitätsstörungen fällt und steigt gewöhnlich auch die Intensität der Augensymptome. Ueberträgt man nun diese Methodik auf die Untersuchung traumatischer Formen, so findet man thatsächlich bestätigt, was vorauszusehen war: Wo das Bild rein neurasthenisch ist, da ist das Gesichtsfeld normal, der Lichtsinn intact, nur der Farbensinn hat bisweilen etwas gelitten. Solche Beobachtungen macht man auch bei traumatischen Hysterien mit oder ohne Sensibilitätsstörungen, doch werden durch Traumen häufig Hysterien hervorgerufen, die sehr ausgesprochene Sensibilitätsstörungen zeigen. Diese haben dann oft starke Gesichtsfeldeinschränkungen mit sehr herabgesetztem Farben- und Lichtsinn. Und auch bei diesen Formen zeigt sich dann, wie mit Besserung oder Verschlechterung der Sensibilitätsstörungen die Grösse des Gesichtsfeldes, ob der Farben- und der Lichtsinn besser oder schlechter wird. Nehmen wir nun an, es gelänge wirklich, eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung zu simuliren; wahrscheinlich ist das nicht. Aber eine solche Vergrösserung, respective Verkleinerung, parallel mit den Ergebnissen am *Chibret*'schen Instrumente, parallel zu den Veränderungen der Sensibilitätsstörungen — das ist wohl nicht zu simuliren. In diesem geschilderten positiven Ausfall der Untersuchungen liegt eine Gewähr der Echtheit der Symptome. Und umgekehrt kann die Farben- und Lichtsinnprüfung im gegebenen Falle ein wichtiges Adjuvans für die Beantwortung der Frage, ob Simulation oder nicht, abgeben. Aber auch bei den an objectiven Symptomen so armen traumatischen Neurasthenien oder Hysterien ohne Sensibilitätsstörungen könnte die von Verf. erwähnte Herabsetzung des Perceptionsvermögens für einzelne Farben unter Umständen als Adjuvans für die Diagnose dienen.

103. ***Doppelseitige hysterische Facialiscontractur.*** *Von* ***C. Delprat.*** *(Nouv. Iconographie de la Salpetrière. 1892. — Deutsche med. Wochenschr. 1892. 49.)*

Die 17jährige Patientin wurde durch Suggestion im wachen Zustande geheilt. Verf. ging dabei nicht in der Weise vor, dass er der Patientin sagte, sie könne sehr wohl die Muskeln ge-



brauchen; er gab ihr vielmehr ihr Unvermögen zu und veranlasste sie, die betreffenden Bewegungen wieder zu lernen, wie ein Kind das Gehen. Mit einem Spiegel in der Hand übte sie in seiner Gegenwart. Die Besserung schritt dabei sichtlich fort. Als sich am Ende der achten Woche nur noch leichte fibrilläre Zuckungen in den früher contracturirten Muskeln bemerkbar machten, beseitigte Verf. diese Erscheinung durch die Drohung mit dem rothglühenden Pacquelin. Nach vier Monaten war noch kein Recidiv eingetreten.

## Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

104. ***Ueber antimalarische Wirkung des Methylenblau.*** *Von Prof.* ***Karl Ketli****, Budapest. (Magyar orvosi Archivum. 1893. Heft 2. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 2.)*

*Guttmann* und *Ehrlich* haben in zwei Fällen von Malaria das chemisch reine Methylenblau in Dosen von 0·5 Grm. mit vorzüglichem Erfolge angewendet. In ihren Fällen waren die Anfälle nach einmaliger Dosis verschwunden, das Blut innerhalb 8 Tagen von Plasmodien befreit. Als unangenehme Nebenwirkung zeigte sich geringe Strangurie, die durch Hinzugabe von 0·40 Nux moschata pulv. pro dosi paralysirt wurde. Seitdem wurden mehrere Mittheilungen über das Methylenblau gemacht, so dass sich auch Verf. veranlasst sah, das Mittel an 5 Kranke zu erproben. Er kommt aus seinen Beobachtungen zu folgendem Schlusse: Alle Kranken haben das Methylenblau in Gaben von 0·5—1·0 pro die mit Ekel genommen, der blaue Urin erschreckte sie geradezu. Von den fünf Kranken bekamen vier Erbrechen, zwei Brennen in der Harnröhre und alle fünf Diarrhoe. Andere schädliche Wirkungen zeigten sich nicht. In vier Fällen hörten die Anfälle auf 1—2maliges Einnehmen, aber selbst nach achttägiger Cur nicht definitiv auf. Im fünften Falle hatte das Mittel auf den Anfall gar keinen Einfluss. Die Lebensfähigkeit der Bacterien scheint durch das Mittel wohl tangirt, aber nicht gänzlich vernichtet. Demnach ist die Wirkung des Methylenum coeruleum unverlässlich und mit der des Chinins nicht vergleichbar. **—r.**

105. ***Zur Antipyrinwirkung.*** *Von Dr.* ***Kronfeld****. Aus der medicinischen Abtheilung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien. (Wiener med. Wochenschr. 1892. 48. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 1.)*

Die Pathogenese der genuinen Epilepsie, der Hysteroepilepsie, der Chorea ist zwar noch in tiefes Dunkel gehüllt; dass jedoch abnorme Verhältnisse des Circulationsapparates bei allen 3 Krankheitsgruppen eine hervorragende Rolle spielen, wird kaum bestritten. Der einzelne Anfall bei Epilepsie kann nur auf vorübergehenden Anomalien der Blutvertheilung beruhen, und da Antipyrin in hohem Grade den Blutdruck beeinflusst *(Demme)*, so stellte Verf. mit dem in Rede stehenden Mittel Versuche bei den 3 genannten Krankheiten an. In zwei Fällen von genuiner Epilepsie beseitigte das Antipyrin die Anfälle gänzlich; die Dosis des Antipyrin betrug in dem einen Falle zweimal täglich $^1/_2$ Grm., in dem

anderen 1 Grm. pro die. Nach dreitägigem Gebrauch verschwanden die Anfälle dauernd. Ein an Chorea seit vier Wochen leidendes 14jähriges Mädchen erhielt vier Wochen lang täglich zweimal 0·5 Grm. Antipyrin, worauf die choreatischen Bewegungen an den Extremitäten vollständig geschwunden waren; nur bei raschem Sprechen waren sehr leichte Zuckungen um den rechten Mundwinkel bemerkbar. Bei Hysteroepilepsie war das Antipyrin (2 bis 3 Grm. pro die) von ganz ausgeprägter Wirkung, indem die Krampfanfälle leichter wurden und in drei Fällen auffallend rasch und dauernd verschwanden. Einer Suggestionswirkung suchte Verf. dadurch vorzubeugen, dass er die Patientinnen über Namen und Zweck des Mittels ganz im Unklaren liess.

106. ***Zur Ernährung der Zuckerkranken.*** *Von Prof.* ***W. Ebstein.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1892. 19. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 52.)*

Dem vielfach beklagten Mangel an einem geeigneten Brot für Diabetiker abzuhelfen, empfiehlt Verf. das neuerdings von *Hundhausen* in geheim gehaltenem Verfahren fabricirte Aleuronat. Dies ist ein aus Weizen hergestelltes Pulver, welches 80% N-Substanz und 7% Kohlehydrate enthält und, wie im *Voit*'schen Laboratorium festgestellt wurde, im menschlichen Darm sehr gut ausgenutzt wird. Das Aleuronat kann zunächst zur Herstellung von Saucen, Suppen etc. an Stelle von Mehl, vor Allem aber in Form von Brot benutzt werden, welches allerdings nur unter gleichzeitiger Verwendung von Weizen- oder Roggenmehl hergestellt werden kann. Doch gelingt es auf diese Weise, Brote zu erhalten, welche bis 66% N-Substanz in der Trockensubstanz enthalten. Verf. verwendet meist 30—50%ige Brote; von den letzteren enthält das halbe Pfund 72 Grm. Kohlehydrate und 80 Pflanzeneiweiss und bildet demnach eine für den Diabetiker sehr geeignete Tagesration. Wohlgeschmack und Haltbarkeit des Aleuronats sind befriedigend.

107. ***Subcutane Injectionen von Solutio Fowleri.*** *Von* ***A. M. Popow.*** *Aus der Klinik des Prof. Sacharjin. (Medizina. 1892. IV, 1, pag. 1—5. — Schmidt's Jahrb. 1892. Heft 12.)*

Verf. bespricht zwei Fälle, in denen es sich um Folgen der Malariacachexie handelte und wo er mit Erfolg Solutio Fowleri subcutan angewandt hat. Im ersten Falle, bei einem alten Manne, dessen Krankheitsgeschichte sehr ausführlich beschrieben ist, handelte es sich um eine Malariacachexie, bei der Chinin nichts half. Da der Zustand des Magendarmcanals die innerliche Darreichung von Arsenik nicht erlaubte, so wurde dem Patienten Liquor kali arsenicosi subcutan injicirt, und zwar in den ersten 3 Tagen zu je 0·4 Ccm. der nicht verdünnten Lösung, in den folgenden 3 Tagen zu je 0·6 Ccm.; darauf 5 Tage zu 0·8 Ccm. und 3 Tage zu 1·0 Ccm. Ausserdem bekam er ausserhalb der Klinik noch 6mal 0·8 Ccm. und 2mal 1·0 Ccm. Schon nach den ersten Injectionen wurde eine merkliche Besserung festgestellt: die Temperatur wurde normal, die früher vorhandenen dyspeptischen Erscheinungen schwanden; die Leber, die vergrössert gewesen war, bildete sich zurück; der Icterus verschwand, ebenso schwanden die Oedeme. Im zweiten Falle handelte es sich um ein junges Mädchen mit der Diagnose

(von Prof. *Sacharjin*): maskirte Malaria und chronische Anämie. Die Untersuchung des Blutes ergab: 3 Millionen rother Blutkörperchen in 1 Cmm., Hämoglobingehalt 75%. Die Patientin erhielt im Ganzen 15 Injectionen von nicht verdünnter Solutio Fowleri (4mal zu 0·4 Ccm., 2mal zu 0·5 Ccm., 3mal 0·6 Ccm. und 6mal zu 0·8 Ccm.). Die heftigen Kopfschmerzen schwanden, die früher vergrösserte Milz ist nicht mehr palpabel. Allgemeinzustand vortrefflich. Die nach der Behandlung vorgenommene Untersuchung des Blutes ergab: 4 Millionen rother Blutkörperchen in 1 Ccm. Blut, Hämoglobingehalt fast 90%. Die Patientin hatte an Gewicht zugenommen.

108. ***Die Therapie der Lebercirrhose.*** *Von Prof. Liebermeister. („Ueber Leberentzündung und Leberdegeneration.“ Deutsche med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Die Prophylaxis der Lebercirrhose ergibt sich aus der Aetiologie; leider kommt sie meist erst dann zur Anwendung, wenn schon deutliche Krankheitserscheinungen vorhanden sind. Wenn ein an reichlichen Alkoholgenuss gewöhnter Mensch anfängt, über Druck in der Lebergegend zu klagen, und wenn vielleicht auch schon eine geringe Vergrösserung der Leber sich nachweisen lässt, so ist es die höchste Zeit für eine durchgreifende Veränderung der Lebensweise und für eine sorgfältige Behandlung. Es sind zwar diese Symptome noch nicht ohne weiteres auf eine beginnende Lebercirrhose zu beziehen, da sie auch von beginnender myopathischer Herzschwäche herrühren können; aber auch für den letzteren Fall ist die gleiche Behandlung zweckmässig. Noch mehr ist eine solche angezeigt, wenn etwa schon eine Flüssigkeitsansammlung im Bauche und eine Vergrösserung der Milz nachzuweisen ist, ohne dass Andeutungen von Oedem der unteren Extremitäten bestehen. Zunächst sind die stärkeren Alkoholica vollständig zu verbieten; von den schwächeren kann man, da eine plötzliche vollständige Entziehung möglicher Weise nachtheilige Folgen haben würde, noch $^1/_4$ Liter oder je nach den Umständen selbst $^1/_2$ Liter Wein für 24 Stunden gestattet. Ausserdem wird eine strenge Carlsbader Cur angeordnet, gewöhnlich in der Weise, dass der Kranke $^1/_2$ Liter lauwarmes Wasser mit so viel künstlichem Carlsbader Salz, dass wenigstens zweimal reichlicher, dünnflüssiger Stuhl erfolgt, Morgens nüchtern langsam austrinkt und nachher noch $1^1/_2$ Stunde nüchtern bleibt. Bei empfindlicheren Kranken lässt Verf. Carlsbader Schlossbrunnen lauwarm Morgens nüchtern trinken, dabei mit $^1/_4$ Liter anfangen und, wenn nicht Diarrhoe eintritt, an den folgenden Tagen schnell bis auf $^1/_2$ Liter steigen, und wenn auch dabei nicht wenigstens zwei reichliche, dünnflüssige Stuhlentleerungen eintreten, an den folgenden Tagen die erforderliche Menge von künstlichem Carlsbader Salz zusetzen. Daneben wird im Allgemeinen die gewöhnliche Carlsbader Diät eingehalten, indem saure und fette Speisen, grüne Gemüse und Obst vermieden werden; auch starker Kaffee oder Thee wird verboten und ebenso alle stärkeren Gewürze. Nach Ablauf von 4 Wochen wird diese Cur unterbrochen, der Stuhlgang, wenn es nöthig ist, durch regelmässigen Gebrauch anderer passender Abführmittel in normaler Ordnung erhalten. Nach einer etwa vierwöchentlichen Pause kann

die Carlsbader Cur wiederholt werden, und solche Wiederholung erfolgt, wenn es nöthig erscheint, auch später noch von Zeit zu Zeit. Reichliche Zufuhr von Flüssigkeit und besonders auch reichlicher Genuss von Milch ist zuträglich. Kranken, denen ihre Lage es gestattet, sind Trinkcuren in Carlsbad, Marienbad, Kissingen, Homburg zu empfehlen. Das Verbot oder die Einschränkung des Genusses von Spirituosen muss für alle Zukunft streng eingehalten werden. Bei manchen Kranken gelingt es, durch eine solche Behandlung den Ascites dauernd zu beseitigen, und Verf. hat aus der Beobachtung solcher Fälle die Ueberzeugung gewonnen, dass die Prognose der Lebercirrhose, falls früh genug eingeschritten wird und der Kranke die moralische Kraft hat, um den Genuss der Spirituosen sich abzugewöhnen, keineswegs so ungünstig ist, wie sie gewöhnlich dargestellt wird.

Auch wo schon ein höherer Grad von Ascites besteht, hat ein solches Verfahren häufig die Wirkung, dass der Ascites sich vermindert und lange Zeit auf einem mässigen Grad erhalten wird. In anderen Fällen nimmt der Ascites, wenn nicht etwa ein Caput Medusae oder anderweitige günstige collaterale Verbindungen sich entwickeln, stetig zu. Von der Anwendung der gebräuchlichen Diuretica und auch von dem vielfach empfohlenen Copaivabalsam hat Verf. bisher keine auffallende Wirkung gesehen; eher scheint durch Calomel in einzelnen Fällen die Diurese vorübergehend gesteigert zu werden. Meist bleibt als einziges Mittel zur Verminderung der Flüssigkeitsansammlung die Paracentese übrig. Diese sollte nicht bis zur äussersten Noth verschoben, sondern ausgeführt werden, sobald eine merkliche Beeinträchtigung der Functionen der Unterleibsorgane oder der Respiration und Circulation eintritt; auch ist es zweckmässig, nicht die ganze Menge der Flüssigkeit zu entleeren, sondern nur so viel, dass der Bauch vollständig weich und nachgiebig ist; die Operation ist, wenn man die Hohlnadel mit anhängendem Kautschukschlauch anwendet, so unbedeutend, dass sie, so oft es nöthig erscheint, wiederholt werden kann. Ob auch bei der biliären Form der Cirrhose eine frühzeitige Behandlung wesentliche Erfolge versprechen würde, weiss Verf. nicht anzugeben; alle Kranken, bei denen in der Tübinger Klinik diese Diagnose gestellt wurde, befanden sich schon in vorgerücktem Stadium. Aber auch dann wird durch eine Carlsbader Cur häufig noch eine Besserung des Allgemeinzustandes erreicht, und wenn daneben für eine reichliche Zufuhr wässeriger Flüssigkeit gesorgt wird, so gelingt es oft, den Icterus merklich zu vermindern und unter Anderem auch das oft überaus lästige Hautjucken zu beseitigen. Endlich ist bei allen Kranken mit Lebercirrhose für möglichst gute Ernährung Sorge zu tragen. Auch in dieser Beziehung ist reichlicher Milchgenuss zu empfehlen.

109. ***Ueber Chloroformnachwirkung beim Menschen.*** *Von Dr. E. Fränkel. (Virchow's Arch. CXXIX, 2, pag. 254. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1892. 12.)*

Durch genaue pathologisch-anatomische Untersuchungen ist Verf. zu Ergebnissen gelangt, die dazu angethan sind, die grossen Gefahren einer sich über Stunden ausdehnenden Chloroformnarcose auf's Deutlichste zu illustriren, und uns dazu berechtigen, in dem



Chloroform ein die Körpergewebe stark schädigendes Gift zu erblicken. Verf. stützt sich im Ganzen auf vier Beobachtungen, drei bei Männern, von denen zwei etwa 40 Stunden nach 3-, beziehungsweise 4stündiger Chloroformnarcose, der dritte 18 Tage nach einer gleichfalls 3stündigen Narcose zu Grunde gegangen waren, während die vierte, wenige Tage vor der Operation zum Zwecke der Untersuchung, freilich nur kurze Zeit tief chloroformirt gewesene weibliche Patientin 5 Tage nach einer in 2½stündiger Narcose vorgenommenen Laparotomie verstarb. Die genau mitgetheilten Krankengeschichten, sowie die pathologisch-anatomischen Befunde jedes einzelnen Falles sind im Originale nachzulesen. Ueberblickt man die Gesammtheit der Thatsachen, so muss zunächst als auffallendes Ergebniss die unverkennbare Uebereinstimmung in der Qualität der anatomischen Veränderungen, welche das Mikroskop an einer Anzahl der lebenswichtigsten Organe bei den in verschiedenen Zwischenräumen nach protrahirten Chloroformnarcosen verstorbenen Individuen nachgewiesen hat, hingestellt werden. Der Charakter dieser in erster Linie die Nieren und die Leber treffenden Organläsionen besteht in necrotischen Vorgängen der specifischen Parenchymzellen. Als ganz constanten Befund hat Verf. in den Nieren weiter die Anwesenheit eines in wechselnder Menge meist in Abschnitten der *Henle*'schen Schleifen deponirten, körnigen oder scholligen Pigmentes angetroffen. Verhältnissmässig am wenigsten hatte in allen Fällen das Herz gelitten, wenngleich in keinem derselben dieses Organ völlig intact angetroffen worden war. Aber es scheint im Gegensatz zu den durch das Thierexperiment erhaltenen Resultaten, welche eine frühzeitige Schädigung des Herzens festgestellt hatten, beim Menschen erst später und weniger intensiv in Mitleidenschaft gezogen zu werden. Bisher fehlt es noch an prägnanten Symptomen, welche uns vom klinischen Standpunkte aus mit Sicherheit gestatten, dieselben als auf Chloroformnachwirkung beruhend aufzufassen, es sei denn, dass man die nach längerer Chloroformnarcose constant eintretende Ausscheidung einer schwefelhaltigen, dem Cystin ähnlichen Substanz in erheblicher Menge durch den Urin in dieser Hinsicht verwerthen will. Chemische und anatomische Untersuchungen haben beide festgestellt, dass unter dem Einflusse protrahirter Chloroformanwendung ausserordentlich rasch Schädigungen des Organismus herbeigeführt werden. Welche Substanzen es freilich sind, auf deren Wirkung die schwere Beeinträchtigung des Stoffwechsels, sowie die möglicher Weise als Ausdruck des letzteren anzusehenden Organveränderungen gesetzt werden müssen, lässt sich noch nicht sagen. Ja es muss als offene Frage bezeichnet werden, ob es sich bei dem deletären Einfluss des Chloroforms um eine directe Einwirkung auf die Gewebszellen an den erkrankt befundenen Organen handelt oder ob daneben eine Schädigung des Blutes durch das Chloroform, indem es zur Zerstörung rother Blutkörperchen führt, in Betracht kommt. Zum Schluss hebt Verf. hervor, dass ebenso wie beim Thiere auch beim Menschen eine nicht bei allen Individuen gleiche Empfindlichkeit für die schädliche Nachwirkung des Chloroforms in Betracht kommt, und dass in ihrem Kräftezustand wenig angegriffene Individuen selbst längere Chloroformnarcosen gut vertragen.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

110. ***Zur Wahl der Einstichstelle bei der Jodoforminjection in das tuberculös erkrankte Hüftgelenk.*** *Von Dr.* ***O. v. Büngner,*** *Privatdocent der Chirurgie in Marburg. (Centralbl. f. Chir. 1892. 51.)*

Es kann füglich von Niemand mehr bestritten werden, dass dem Jodoform in der That eine antituberculöse Wirkung zukommt und dass die Jodoforminjectionen nicht nur bei kalten Abscessen, sondern auch bei tuberculösen Gelenkerkrankungen von entschiedenem Erfolge sind und in zahlreichen Fällen zur Heilung führen. Verf. frägt nun: Wie sollen wir bei demjenigen tuberculösen Gelenkleiden, welches uns in praxi mit am häufigsten begegnet, bei der Coxitis tuberculosa, vorgehen, um das Jodoform in zweckmässigster Weise und auf dem einfachsten Wege der Gelenkhöhle einzuverleiben und mit den das Gelenk constituirenden Theilen in Berührung zu bringen? Die Erreichung des besagten Zweckes wird von verschiedenen Chirurgen in verschiedener Weise angestrebt. *Krause*, der zur Bestimmung derjenigen Stellen, von denen aus die einzelnen Gelenke durch den Troicar am bequemsten und sichersten eröffnet werden, Versuche an der Leiche anstellte, äussert sich zu dieser Frage, wie folgt: „In das Hüftgelenk gelingen Einspritzungen am besten, wenn man vom grossen Trochanter her mit einem 7—9 Cm. langen Troicar eingeht. Während der Kranke flach auf dem Rücken liegt, sticht man unmittelbar oberhalb der Spitze des Trochanter major, etwa in der Mitte zwischen seinem vorderen und hinteren Umfange, genau senkrecht zur Achse des Oberschenkels in der Frontalebene den Troicar ein und schiebt ihn langsam sondirend vorwärts, bis man Knochenfühlung bekommt. Hierbei darf das Bein keinesfalls in Abduction stehen und ebensowenig nach aussen rotirt sein, weil man sonst mit dem Troicar leicht an den Pfannenrand anstösst. Auch Flexion ist bei dem ganzen Act nach Möglichkeit zu vermeiden. Die beste Stellung des Schenkels ist eine adducirte und leicht nach innen rotirte. Hat man mit dem Troicar Knochenfühlung, so ist man am Schenkelkopf selbst oder nahe demselben, am Schenkelhalse, angelangt. Hierauf wird das Bein möglichst stark adducirt, und man gleitet mit dem Troicar, immer mit dem Knochen (Schenkelkopfe) Fühlung behaltend, etwas nach oben und weiter in die Tiefe, bis man von Neuem durch knöchernen Widerstand aufgehalten wird: nun befindet man sich in der Gelenkspalte zwischen Kopf und Pfannenrand und kann nach Herausziehen des Stiletts, und nachdem man die Canüle noch etwas in die Tiefe gegen die Gelenkspalte vorgeschoben, die Einspritzung vornehmen." Die Erfahrungen des Verf. drängten bald zur Frage, ob die Wahl des *Krause*'schen Einstichpunktes überhaupt zweckmässig sei und ob man nicht auf einfachere Weise, beziehungsweise auf anderem Wege dasselbe Ziel erreichen könne? Doch bald lernte er durch *Küster* ein anderes und weit sichereres und einfacheres Verfahren kennen, welches *Küster* bereits seit circa 3 Jahren geübt hat und das in Folgendem besteht: Man bestimmt palpatorisch auf derjenigen Seite, auf welcher



man die Injection vornehmen will, die Kreuzungsstelle der A. femoralis mit dem horizontalen Schambeinast und sticht in der von dieser Kreuzungsstelle zur Spitze des Trochanter major gezogenen Geraden am Innenrande des Sartorius in sagittaler Richtung direct in das Hüftgelenk ein.

Hier ist die Stelle, wo man bei mageren Individuen, zumal bei leichten Bewegungen, den runden Schenkelkopf fühlt, wo es bei der Coxitis so leicht zu sichtbaren oder doch fühlbaren Schwellungen kommt, weil hier eine dünnere Stelle der Gelenkkapsel vorhanden ist, deren pathologische Bedeutung noch dadurch erhöht wird, dass auf derselben ein dünnwandiger Schleimbeutel, die Bursa subiliaca, liegt, welche unter zehn Fällen etwa einmal mit der Gelenkhöhle communicirt, und hier ist auch die Stelle, wo eingestochen werden soll. Von diesem Einstichpunkt aus dringt man allemal leicht und sicher in das Gelenk ein. Der Weg, den das Instrument — Troicar oder Hohlnadel — bei dieser Art der Einführung zurückzulegen hat, ist viel kürzer, als der von *Krause* angegebene, ja es ist überhaupt der kürzeste und directeste Weg, den man einschlagen kann, um von der Hautoberfläche in das Hüftgelenk zu gelangen, weil letzteres hier am oberflächlichsten liegt. Angesichts dessen, dass die vom Faserknorpelrand der Pfanne entspringende Gelenkkapsel auf der vorderen Seite des Oberschenkels bis an die Linea obliqua femoris heranreicht und der Schenkelhals auf dieser Seite in ganzer Ausdehnung in den Synovialsack eintaucht, ist das Hüftgelenk von vorn her in solchem Umfange zugänglich, dass eine Abweichung von der besagten Einstichstelle um wenige Millimeter das Gelingen der Injection noch nicht vereitelt. Die Verletzung irgend eines wichtigeren Gebildes der Unterleistengegend ist bei dem Einstich an dieser Stelle vollkommen ausgeschlossen, da die Hauptstämme der A. und V. femoralis, sowie des N. cruralis mehr medianwärts liegen und da auch namhafte Seitenäste derselben das Operationsgebiet nicht durchziehen. Ja sollte anormaler Weise ein hoher Ursprung der A. profunda femoris vorliegen, so hält sich ihr Stamm in solchen Fällen doch immerhin so nahe demjenigen der Femoralis, dass eine Verletzung desselben nicht zu besorgen ist. *Küster*, seine Assistenten und Verf. haben das Verfahren vielfach erprobt und sind mit demselben stets zufrieden gewesen. Allein ein vollgiltiger Beweis für die Vorzüge des *Küster*'schen Verfahrens gegenüber dem *Krause*'schen war damit selbstverständlich noch nicht erbracht. Dieser konnte nur im Wege einer exacten anatomischen Untersuchung durch Prüfung der beiden divergenten Injectionsmethoden an der Leiche mit nachfolgender Autopsie in loco geliefert werden. Verf. stellte die bezüglichen Untersuchungen an. Das Resultat derselben war: Unter den 25 nach *Krause* injicirten Hüftgelenken war das Instrument 6mal überhaupt nicht in das Hüftgelenk, sondern nur bis in die Nähe desselben vorgedrungen; in sämmtlichen dieser Fälle hatte sich die Injectionsmasse am oberen lateralen Umfang der Kapsel ausserhalb derselben angehäuft. 19mal war das Injectionsverfahren über den Trochanter weg von Erfolg begleitet, d. h. die blaue Leimmasse befand sich im Gelenk, doch muss bemerkt werden, dass sie im grösseren Theil dieser Fälle ausschliesslich dem oberen, vorderen und hinteren Umfang des Schenkelkopfes und des Schenkel-





halses anhaftete, während der untere Theil des Caput und Collum femoris, sowie das Acetabulum frei waren, im kleineren Theil der Fälle zeigten sich freilich auch diese Partien von einer mehr oder minder dicken Schicht blauer Masse bedeckt.

Die nach der auf *Küster's* Klinik gebräuchlichen und von Verf. empfohlenen Methode angestellten 25 Versuche waren ausnahmslos in vollständigster Weise gelungen. Die Injectionsmasse war allemal in das Gelenk eingedrungen und überzog regelmässig in breiter Schicht den Schenkelkopf, während ein anderer Theil derselben sich in der Pfanne und zumal am Pfannenboden angesammelt hatte. Nur der Schenkelhals, also gerade diejenige Partie, über welche sich bei einer gelungenen Injection nach *Krause* gewöhnlich der Hauptheil der Injectionsflüssigkeit verbreitet hatte, war meist nicht ganz mit blauer Masse bedeckt, sondern nur hier und da blau getüpfelt. Vergleicht man auf Grund der erzielten Untersuchungsresultate die beiden Methoden mit einander, so kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der vom Verf. geübten der Vorzug gebührt. *Krause* empfiehlt zur Injection einen langen dünnen Troicar. Verf. hat es zweckmässiger gefunden, sich einer grossen 10 Grm. fassenden *Pravaz*'schen Spritze mit 5—7 Cm. langer und 1 Mm. dicker Canüle zu bedienen, welche immerhin feiner ist, als ein dünner Troicar, deshalb leichter in die Gelenkhöhlen eindringt und keine gröberen Läsionen verursacht, während durch den Troicar bisweilen Knorpelabsprengungen hervorgerufen werden. Ausspülungen der Gelenkhöhle werden auf *Küster's* Klinik nicht vorgenommen, weil in einem namhaften Theil der Fälle keine Flüssigkeit im Gelenk vorhanden ist (parenchymatöse Synovialistuberculose, reiner Kapselfungus), und weil die Erfahrung gelehrt hat, dass selbst bei Vorhandensein von serös fibrinöser Flüssigkeit (Hydrops tuberculosus) oder von Eiter (kalter Abscess der Gelenke) die vorgängige Auswaschung der Gelenkhöhle mit 3procentiger Borsäuresolution oder anderen antiseptischen Lösungen nicht mehr leistet, als die Jodoforminjection allein *(Bruns)*. Bei der parenchymatösen Form werden 5—10 Grm. einer 20procentigen Jodoformglycerinaufschwemmung ohne Weiteres in die Gelenkhöhle injicirt. Wo man es dagegen mit einem Erguss, beziehungsweise mit Abscessbildung innerhalb oder in der Umgebung des Gelenkes zu thun hat, wird zunächst der Inhalt derselben durch die Canüle abgelassen oder aspirirt und dann von der 20procentigen Jodoformaufschwemmung so viel eingespritzt, dass die entleerte Gelenk oder Abscesshöhle wieder mässig gefüllt ist; hierzu ist eine entsprechend grössere Menge, 10—30 Grm., der Jodoformmischung erforderlich. Auch darin folgt Verf. *Bruns*, dass er die parenchymatösen Injectionen in Zwischenräumen von etwa 8 Tagen, die Einspritzung in die erweiterte Gelenkhöhle oder in periarticuläre Abscesse in 2—4 Wochen wiederholt. —*m*.

111. ***Eine Methode, Nähte bei Gaumendefecten anzulegen.*** *Von Dr.* ***Gustaf Naumann,*** *Oberarzt am Krankenhause zu Helsingborg. (Centralbl. f. Chir. 1892. 52.)*

Verf. berichtet die von ihm in der Hygiea (schwedisch) 1888 publicirte Methode, Gaumensuturen zu legen. Besonders bei kleineren Defecten im Gaumen, und zwar vorzüglich bei solchen, die



ganz vorn liegen, sind die räumlichen Verhältnisse bisweilen so ungünstig, dass das Legen der Suturen fast unüberwindliche Schwierigkeiten bietet. Es wäre also wünschenswerth, eine Methode zu haben, mit der man selbst unter den ungünstigsten Verhältnissen mit Bequemlichkeit nähen könnte. Die von Verf. angegebene Methode hat sich eben unter den genannten Verhältnissen gut bewährt. Die beiden Enden eines Silberdrahtes von passender Länge und Dicke werden zurückgebogen und umgedreht, so dass dadurch zwei Oesen entstehen. Die Enden des Drahtes werden mit einer Plattenzange fest zugedrückt, um das Anhaken zu verhüten. Wenn nun die Suturen gelegt werden sollen, durchsticht man, vom Munde in den Nasenraum hinauf, den Wundrand mit einer durch einen Nadelhalter geführten, geraden oder nur wenig gebogenen Nadel da, wo man die Naht legen will. Dann wird eine Oese des Silberdrahtes durch das so hergestellte Loch geführt, so dass sie in die Nasenhöhle hinaufkommt, von wo der Draht bei passender Biegung leicht gegen das Nasenloch geführt werden kann. Von aussen wird die Oese jetzt mittelst einer gewöhnlichen Pincette gefasst und hervorgezogen. Dasselbe Manöver wird an der anderen Seite gemacht, so dass die beiden Oesen durch dasselbe Nasenloch hinauskommen. Nun werden die Enden eines Seidenfadens durch je eine Oese gesteckt und die Mitte des Silberdrahtes aus dem Munde herausgezogen, wobei die Oesen mit den Enden des Fadens durch die Löcher des Gaumens passiren, und die Naht ist gelegt. Das lässt sich schneller ausführen als beschreiben. Anstatt die Oesen durch das Nasenloch herauszuziehen, können sie auch durch die Wunde mittelst eines Schielhäkchens gefasst und dann die Enden des Seidenfadens in die Oesen hineingesteckt werden. Freilich werden hierbei die Wundränder leicht contundirt. Sollte dagegen das Loch sich ganz hinten im weichen Gaumen befinden, wie das nach unvollständig geheilter Staphylorhaphie vorkommt, und ist der Kranke chloroformirt, so lassen sich die Oesen hinter dem weichen Gaumen leicht hervorziehen, wenn man sie in dieser Richtung hineingeführt hat. —*r.*

112. ***Die Behandlung der narbigen Mastdarmverengerungen.*** *Von Prof.* ***Credé.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLIII, Heft 3 u. 4, pag. 175—184. — Centralbl. f. Chir. 1892. 52.)*

Auf die wenig befriedigenden Erfolge der gewöhnlichen Bougiebehandlung der narbigen Mastdarmstricturen hinweisend, schreibt Verf. jene wesentlich der unzweckmässigen Form der gebräuchlichsten Bougies (cylindrische, conische oder olivenförmige), sowie der zu kurzen und zu seltenen Einlegung derselben zu. Dagegen hat er durch Anwendung eines den *Hegar*'schen Uterusbougies nachgebildeten Instrumentes (mit dünnerem Griff und nicht kugeligem, sondern conischem Abschluss am Griff, der ausserdem aus Metall gefertigt ist) sehr befriedigende Resultate erzielt. Die Anwendungsweise dieser Bougies ist insofern von der gewöhnlichen Bougiebehandlung verschieden gewesen, als Anfangs täglich, womöglich 2mal, die Einführung auf einander folgender Nummern erfolgte, und das dickste Instrument, das sich einführen liess, $\frac{1}{2}$ bis 2 und 3 Stunden liegen blieb, vorausgesetzt, dass die ersten Reactionen auf die unblutige oder wenn nöthig blutige Dilatation vor-



über waren. Die Patienten, selbst empfindliche und nervöse Personen, erlernten die Einführung meist nach wenigen Tagen, waren nicht gezwungen, während des Bougierens Bettruhe einzuhalten, sondern gingen nicht selten dabei umher. Wo nöthig, wurde die erste Dilatation in Narcose vorgenommen. Die Anfangs (einige Wochen lang) stattfindenden täglichen Einführungen der Bougies wurden später immer seltener vorgenommen; meist wurde recht befriedigender Dauererfolg erzielt. Wo dies nicht der Fall war, musste zu frühes Aufhören der Bougiercur beschuldigt werden. Verf. günstigen Erfahrungen mit seinem Verfahren, das er durchaus nicht als ein ganz neues betrachten möchte, liegen 11 einschlägig behandelte Fälle zu Grunde.

**113. *Ein seltener Tumor der Vulva.*** *Von Dr. **Eichholz**, **Kreuznach**. (Der Frauenarzt. 1892. Heft 12.)*

Eine 30jährige Virgo consultirt Verf. wegen einer Geschwulst der Genitalien. Die Untersuchung ergab: Die linke grosse Schamlippe von einem an der Basis 11 Cm. langen und 6 Cm. breiten Tumor eingenommen, welcher auf den blossen Anblick hin den Eindruck eines etwa faustgrossen Varixknotens macht. Fingerdicke, prall mit Blut gefüllte, blau durchschimmernde Gefässe durchziehen den Tumor und lassen sich auf Druck mit Leichtigkeit verkleinern, um bei nachlassendem Drucke sich sofort wieder zu füllen. Bei näherer Palpation fühlt man zwischen den einzelnen Gefässen hindurch derbe harte Gewebsmassen die ganze Geschwulst durchziehen. Der Tumor bedeckt zum Theil auch die rechte Schamlippe und geniert die Patientin in hohem Masse. Er reicht bei der liegenden Frau bis zum Anus. Es konnte sich nur um eine cavernöse Geschwulst des linken Labiums handeln. Dieselbe war zuerst vor 27 Jahren. also bei dem 3jährigen Kinde, als ein blauer Fleck bemerkt worden und war sehr langsam, aber stetig bis z udem jetzigen Umfange gewachsen. Patientin wünschte die Entfernung, da sie heiraten wolle. Verf. versuchte zunächst durch zwei subcutane Unterbindungen eine Verkleinerung zu erzielen, aber ohne Erfolg. Das derbe harte Gewebe zwischen den Gefässen verhinderte eine ausgiebige Wirkung der Ligatur. In Folge dessen führte Verf. die Exstirpation der Geschwulst aus. Die Basis wurde zunächst mit einer starken Nadel durchstochen, zu beiden Seiten unterbunden und dann die Geschwulst abgetragen; die klaffenden Gefässlumina, welche theilweise bis zu 12 Mm. Durchmesser hatten, wurden unterbunden oder umstochen und die Haut durch die Naht vereinigt. Die Blutung war trotz aller Vorsichtsmassregeln eine starke. Es erfolgte prima intentio Die exstirpirte Geschwulst war ein cavernöses Fibroid. Patientin hat mittlerweile geheiratet und hat dreimal abortirt. Sie ist bis jetzt recidivfrei.

**114. *Zur frühzeitigen Diagnose der Schwangerschaft.*** *Von **Robert L. Dickinson**. (The New-York Journ. of Gyn. and Obstetr. 1892. 6. — Deutsche Med.-Ztg. 1892. 74.)*

1. Die An-, beziehungsweise Abwesenheit von Schwangerschaft lässt sich in gewissen Fällen durch bimanuelle Untersuchung in der zweiten bis sechsten Woche nach dem befruchtenden Coitus oder drei bis acht Wochen nach dem Eintreten der letzten Menstruation feststellen. 2. Anschwellung und Vorwölbung der

sonst flachen Oberfläche des Uteruskörpers ist eines der werthvollsten und constantesten Schwangerschaftszeichen. Es fehlt unter hundert Fällen höchstens viermal. Nach der Befruchtung ist es gegen den 28. Tag immer sehr deutlich, mitunter schon um den 16. bis 18. Tag hin. Gewöhnlich findet sich die Vorwölbung der Oberfläche an der vorderen Fläche (40 Procent), manchmal vorn und hinten, selten an der Seitenfläche, bei Retroversio uteri an der Hinterfläche. 3. Elasticität und Nachgiebigkeit der sonst harten und gleichsam starren Uteruswand sind leichter zu constatiren, als das oben genannte Zeichen, freilich seltener als dieses. Unter 100 Fällen kann man es 80mal finden. Schon am 13. Tage nach der Befruchtung, meist aber erst gegen den 16. bis 21. Tag, liess sich dieses Schwangerschaftszeichen feststellen. 4. Das von *Hegar* angegebene Zeichen: Zusammendrückbarkeit des unteren Uterinsegmentes fand sich in 66 Procent der Fälle. Es ist im Allgemeinen erst in einem späteren Stadium der Schwangerschaft zu finden, als die eben genannten, so gegen den 30. bis 50. Tag nach eingetretener Gravidität. 5. Eine transversal verlaufende Falte an der vorderen Uteruswand ist mitunter im erschlafften Zustand des Organs deutlich. Dieser Befund ist sehr selten, wenn vorhanden aber von grosser Wichtigkeit für die Diagnose. 6. Man soll sich nicht aus dem Vorhandensein eines Schwangerschaftszeichens und nach einer einmaligen Untersuchung zur sicheren Diagnosestellung bestimmen lassen.

115. ***Der periodische Intermenstrualschmerz.*** *Von* ***Chauncey D. Palmer****, Cincinnati. (Amer. Journ. of Obstetr. 1892, October-Heft, pag. 470.)*

Bekanntlich leiden manche Frauen in der intermenstrualen Zeit, etwa 10—14 Tage vor Beginn der Menstruation, an heftigen Schmerzen, die einige Tage anhalten. Der Sitz der Schmerzen ist die Ovarialgegend. Der Schmerz ist in beiden Ovarialgegenden oder stets nur in einer, zuweilen alternirend in der einen oder in der anderen. Die Menstruation kann dabei ganz normal oder dysmenorrhoisch sein. Zuweilen findet man bei solchen Frauen Affectionen der Ovarien, die dieses Leiden erklären können, zuweilen aber auch nicht. Verf. meint, dass in Fällen, in denen scheinbar keine nachweisbare Affection der Ovarien da ist, eine chronische interstitielle oder folliculäre Oophoritis oder eine chronische Perioophoritis besteht. Er nimmt, wie manche Andere an, dass die Ovulation unabhängig von der Menstruation vor sich geht. Bei bestehender chronischer interstitieller oder folliculärer Oophoritis, ebenso wie bei einer chronischen Perioophoritis muss die Ovulation in Folge der Verdichtung der Gewebe schwieriger vor sich gehen und dadurch Schmerz hervorgerufen werden. Bei diesen chronischen Entzündungsformen wird, namentlich in der ersten Zeit dieser Leiden, die Form und Gestalt des Ovariums so wenig verändert, dass man die Veränderung des Organes mittelst der bimanuellen Untersuchung nicht zu erkennen im Stande ist. Der Intermenstrualschmerz ist daher nichts Anderes als die in Folge einer chronischen Entzündung des Ovariums schmerzhaft gewordene Ovulation. Die Therapie ergibt sich daraus von selbst. Man muss das entzündliche Grundleiden beseitigen. Gelingt dies nicht, so muss man die Ovarien entfernen. Die Behandlung der chronischen Entzündung des Ovariums besteht

in der localen Anwendung von Jodkali, Ichthyol, in der Galvanisation der Ovarien, im Gebrauch der entsprechenden Mineralwässer u. dergl. m. Nebenbei vielleicht bestehende Affectionen des Uterus oder des Parametrium stehen mit dem Intermenstrualschmerze in keinem Zusammenhange. *Kleinwächter.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

116. ***Augenerkrankung bei Mumps.*** *Aus der Klinik des Prof. K. Deutschmann. Von Dr. M. Zossenheim, Assistent. (Deutschmann, Beitr. zur Augenhk. 1892. Heft 4.)*

Ein 13jähriges Mädchen erkrankte Ende Mai 1890 an einem heftigen linksseitigen Mumps, der nach 4 Wochen vorüber war und dem nach 14 Tagen kleiner, 8 Tage dauernder Rückfall folgte. Nach weiteren 14 Tagen trat Thränen beider Augen auf, das sich verschlimmerte, so dass Patient Mitte Juli in *Deutschmann's* Behandlung trat. An beiden Augen war eine eigenthümliche Form parenchymatöser Hornhautentzündung zu constatiren in Gestalt kleiner regellos zerstreuter, minimaler bis hirsekorngrosser grauweisser Herde ohne Vascularisation; multiple hintere Synechien; mit der Zeit traten reichliche Beschläge an der hinteren Hornhautwand hinzu. Schwitzcur, Inunctionscur, warme Umschläge, Atropin, Cocain, Syr. ferr. jodat., wodurch langsame Besserung eintrat, so dass sich das auf Fingerzählen herabgesetzte Sehvermögen Ende October auf $^{16}/_{70}$ gehoben hatte. Im Januar 1891 konnte man flottirende Glaskörpertrübungen und diffuse circumpapilläre Netzhauttrübung constatiren. Fortgebrauch des Syr. ferr. jodat. solange er vertragen wurde. Im nächsten December Cornea fast rein, leichte Glaskörpertrübungen, Retinitis geheilt, noch starke Füllung der Netzhautvenen, S $^{17}/_{20}$. Verf. führt aus, dass man sich für das Zustandekommen von Augenerkrankungen bei bestehender Krankheit eines oder mehrerer anderer Organe nur 3 Möglichkeiten denken könne: 1. Gewisse Erreger geriethen von einem inficirten Herde aus in die Blut- und Lymphbahn und setzten gleichartige Herde in einem anderen Organ, Erkrankung durch Metastase (z. B. Retinitis oder Chorioretinitis sup. bei puerperaler Uterusinfection). 2. Sie gelangten auf unbekannte Weise in den Organismus und riefen ausser der für die betreffende Krankheit charakteristischen Weise in den Blut- und Lymphbahnen kreisend ausser an dem von ihnen gewöhnlich bevorzugten Organ noch an einem anderen, z. B. dem Auge, Reaction hervor, Erkrankung durch Localisation (z. B. Iritis rheumatica). 3. Es wurden bei einer gewissen Anzahl von Infectionskrankheiten sogenannte Complicationen durch andere als für die Grundkrankheit charakteristische oder specifische Organismen, z. B. durch die Eitererreger, hervorgerufen, welche in Folge der primären Erkrankung, respective durch dieselbe günstige Bedingungen für ihre Entwicklung im Auge fanden; Erkrankung durch Complication, respective Mischinfection (eiterige Keratitis bei Scarlatina, Masern, Typhus). Der in Rede stehende Fall würde der 2. Kategorie zuzuzählen sein. *v. Reuss.*





117. ***Ueber Labyrinthschwindel.*** *Von Dr. J. Müller. Vortrag, gehalten im Wiener med. Club am 7. Dec. 1892.*

Verf. führt aus, dass er nicht den artificiellen, durch gewaltsames Einspritzen in's Ohr, durch starke thermische Einflüsse, durch allgemeine Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit bedingten Schwindel besprechen wolle, sondern nur denjenigen, der spontan kommt und ebenso verschwindet. Verf. demonstrirt zuerst eine Patientin, welche vor zwei Jahren zum erstenmale oft 30—40 heftige Schwindelanfälle im Tage bekam, dass sie plötzlich zusammenstürzte und gänzlich berufsunfähig wurde. Bei der Untersuchung zeigte sich das Nervensystem intact, aber Cholesteatom und Polyp des Ohres, welche der operativen Behandlung zugeführt wurden. Drückt man auf das ovale Fenster, so bekommt Patient heftige Schwindelanfälle, die nach Anwendung von Luftverdünnung im Ohre schwinden. Da das Cholesteatom immer wieder recidivirt, so leidet dieselbe noch immer an leichten Schwindelanfällen. Verf. berichtet weiters über einen Patienten, welcher eines Tages vom Schwindel so erfasst wurde, dass er wie vom Schlage getroffen niedersank. Die Untersuchung ergab eine längst abgelaufene Ohrenentzündung und den Steigbügel durch radiäre Narben an das Promontorium fixirt, nach deren Umschneidung Heilung auftrat. Da sich nach einigen Wochen das Leiden wieder zeigte, wurde der Hammer und Amboss entfernt, worauf der Patient dauernd Ruhe hatte. Gleichzeitig erwähnt Verf. eines Arbeiters, bei dem keine Labyrinthtaubheit vorhanden war, der aber nicht die Töne localisiren konnte und dabei nicht im Stande war, Drehbewegungen nach der erkrankten Seite auszuführen. Verf. unterscheidet 3 Arten von Schwindel: 1. Die Formen von Ataxie, 2. die anfallsweisen Schwindelanfälle und 3. den permanenten Schwindel. Die Erkrankung wird meist verursacht durch Mittelohraffectionen, durch chronische Eiterungen und deren Folgezustände, durch Polypen, Cholesteatome und durch adhäsive Processe. Da hier die Schwindelanfälle vom ovalen Fenster ausgelöst wurden, berechtige zu der Annahme, dass dasselbe auch zur Erhaltung des Gleichgewichtes vorhanden sei. Von der Schnecke aus Schwindel zu erregen, gelang Verf. nicht. Stets fand sich auch ein Reizzustand des Labyrinths und Verf. glaubt, dass dasselbe nur als Endorgan, nicht aber als Centrum aufzufassen sei.

118. ***Zwei Fälle von Erkrankung des Auges bei Morbus Weilii.*** *Von Dr. J. Herrnheiser. (Prager med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Der Icterus infectiosus (*Weil*'sche Krankheit) „ist eine vollkommen genügend charakterisirte Infectionskrankheit, welche, ausgezeichnet durch Beginn und Fieberverlauf, Nierenentzündung und Gelbsucht, bei uns meist in den Sommermonaten vorkommt". Der Stoffwechsel ist ein rein febriler, der Verlauf nach der Intensität der Infection verschieden. Daher Vorsicht bei der Prognose geboten. Der Krankheitserreger ist unbekannt. Ein wichtiges Symptom sind Blutungen an verschiedenen Stellen: Nasenbluten, Hautecchymosen, Blutungen in der Dura mater, am Pericard, in der Leber, den Nieren, der Milz, im Darmcanale. Dass auch Blutaustritte in der Netzhaut vorhanden sein werden, war voraussichtlich, da bei Krankheiten mit hämorrhagischer Diathese die Netzhaut eine Prä-



dilectionsstelle für Blutungen ist. Bisher war über Augenerkrankungen bei Morbus Weilii nichts bekannt. Verf. beobachtete folgende 2 Fälle: Ein 30jähriger Cand. phil. erkrankte anfangs Juni an hohen fieberstarken Icterus, hochgradiger Albuminurie, lebhaften Muskelschmerzen; am 20. Juni wurde er als Reconvalescent entlassen, Residuen waren andauernd Muskelschmerzen und bedeutender Schwächezustand. Schon zu dieser Zeit Schmerzen in beiden Augen und Schlechtsehen am linken, das aber nach 5 Tagen verschwand. Endlich trieben neuerliche Schmerzen und rapide Abnahme den Patienten zu Dr. *Bernheimer* der am 16. August eine Iridocyclitis des linken Auges constatirte: Ciliarinjection, Hypopyum mit einer auflagernden grauweissen Exsudatschicht, starke Verfärbung und Blutüberfüllung der Iris, hintere Synechien, diffuse und membranöse Glaskörpertrübungen. Finger in $^1/_2$ Meter. Es wird „die für acute Iritis übliche Therapie eingeleitet" und Natr. salicyl. 2 Grm. pro die verordnet. Bereits nach 5 Tagen war die Pupille maximal weit, Exsudat und Hypopyum resorbirten sich innerhalb 13 Tagen und der Glaskörper ward reiner. Man konnte sehen, dass die Netzhaut um die Pupille herum verfärbt war und eine Hämorrhagie in der Nähe der letzteren wahrnehmen. Der Glaskörper hellte sich nur langsam auf und zur Zeit, als der Aufsatz niedergeschrieben wurde (also wahrscheinlich im October, Ref.), war er auf $^6/_{12}$ gestiegen. Da alle anderen Ursachen für Iritis fehlten, muss *Bernheimer* annehmen, dass der Morbus Weilii, an dem der Kranke unzweifelhaft gelitten, die Ursache war und die Iritis als eine metastatische aufzufassen sei. Die plausibelste Erklärung liegt in der Annahme von capillären Embolien durch Mikroorganismen, die, wie *Bernheimer* glaubt, einmal als Ursache der *Weil*'schen Krankheit nachgewiesen werden dürften. In dem 2. Falle, der letal endigte (die pathologisch-anatomische Diagnose lautete Gastroenteritis catarrh. acuta, Icterus hepatis et universalis, Tumor lienis acutus, Morbus Brightii acutus, Ecchymoses multiplices [Morb. Weilii], Pneumonia fibrinosa), konnte wegen Enge der Pupillen mit dem Spiegel nur eine Hämorrhagie constatirt werden neben Ecchymosen der Conjunctiva tarsi, nach dem Tode konnten an dem Präparate zahlreiche Blutsprenkel nachgewiesen werden; die Blutaustritte lagen hauptsächlich in der Nervenfaserschicht; überhaupt war überall Blutstauung vorhanden, namentlich auch in der Chorioidea, in der man ebenfalls Blutungen finden konnte, eine grosse fiel auch in der Duralscheide des Opticus auf. *v. Reuss.*

119. ***Bemerkungen über das an der otiatrischen Abtheilung des Rochusspitales gebräuchliche Heilverfahren.*** *Von Prof.* ***Julius Böke,*** *Budapest. (Jahrb. d. hauptstädt. Spitäler. 1891. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 2.)*

Die mit acuten, aber auch mit chronischen Ohraffectionen behafteten Kranken werden viel schneller und sicherer geheilt, wenn sie das Zimmer, ja sogar das Bett hüten, mit einem Worte, wenn sie vor äusseren Einflüssen geschützt werden. Bei entzündlichen Krankheitsprocessen, seien dieselben im äusseren Gehörgang, am Trommelfell, in der Trommelhöhle oder im Warzenfortsatze, verfährt Verf. folgendermassen: Er schreckt vor localen Blutentziehungen nicht zurück, lässt Blutegel anlegen dort, wo





mit denselben am besten die locale Depletion bewirkt werden kann, und zwar bei inflammatorischen Affectionen des äusseren Gehörganges oder des Trommelfelles am Tragus auris, bei Entzündungen der Trommelhöhle oder des Warzenfortsatzes an diesem, um dort von der Ernährungsfläche der Arteria auricularis interna und da von der Arteria auricularis posterior das Blut zu entziehen. Kalte Umschläge und besonders der *Leiter*'sche Kühlapparat, am Warzenfortsatze applicirt, haben sich im Anfang bei Periostitis des Processus mastoideus als sehr wirksam erwiesen. Wenn jedoch darauf die Schmerzen nach 3 – 4 Tagen nicht nachlassen, hat sich als nicht genügend zu empfehlen günstig bewährt: die weichen Theile über den Warzenfortsatz in einer 5 Cm. langen Linie bis zur Knochenhaut in einer Entfernung von 3 Cm. hinter der Ohrmuschel einzuschneiden. Bei im äusseren Gehörgang auftretenden furunculösen Entzündungen wird der Furunkel ehestens mit dem Bistourie bis zur Knochenhaut durchschnitten. Alle Mittel, welche als schmerzstillend empfohlen werden, haben sich als unwirksam erwiesen, daher Cocain, Menthol, Carbolglycerin, Morphiumsolution u. s. w beseitigt werden; eher haben warme Breiumschläge Linderung verschafft, aber auch diese wurden nur in solchen Fällen angewendet, wenn die Kranken den Einschnitt durchaus nicht gestatten wollten; das Ausspritzen des äusseren Gehörganges wird beim Furunkel unterlassen, weil die Erfahrung lehrt, dass eben dieses Verfahren geeignet ist, dass der Furunkelcoccus im äusseren Gehörgang auch an einer anderen Stelle eine Infection hervorrufe. Bei Eiterungen, ob dieselben vom äusseren Gehörgang oder von der Trommelhöhle ausgehen, wird zur Einspritzung 20%ige wässerige Acidi borici-Lösung lauwarm gebraucht. Die Borsäure ist als Antisepticum warm zu empfehlen, sie verursacht gar keine Nebenerscheinungen, wirkt gelinde, vermindert und cessirt die Secretion und verscheucht rasch den mit Ohrenfluss verbundenen üblen Geruch. Die mit Carbolsäure gemachten Versuche sind aufgelassen worden, weil durch dieselbe in vielen Fällen Entzündung der Trommelhöhlenschleimhaut hervorgerufen wurde; dasselbe unangenehme Incidens hat auch die Creolinlösung, weil während deren Anwendung vielmals furunculöse Entzündung im äusseren Gehörgang entsteht, zudem trübt dieses Mittel das Wasser und erschwert das Erkennen der Qualität des Secretes. *—r.*

---

# Dermatologie und Syphilis.

120. ***Beitrag zur Pathogenese der Verbrennung.*** *Von Dr.* ***Wladislaw Reiss****. Nach einem in der Wiener dermatologischen Gesellschaft am 14. December 1892 gehaltenen Vortrage.*

Sehr zahlreich sind die bisherigen über die Todesursache bei Verbrennungen aufgestellten Theorien. Keine dieser Theorien berücksichtigt jedoch die schädlichen Einflüsse der Rauchgase auf den thierischen Organismus. Verf. hat nun über Anregung Dr. *Freund's* untersucht, ob nicht die Resorption der bei einer Verbrennung entstehenden brenzlichen Producte die Ursache eines grossen Theiles der beobachteten klinischen Erscheinungen bildet.



Er beschloss, den Harn von Verbrannten auf das Vorhandensein von empyreumatischen Verbindungen zu untersuchen, da erfahrungsgemäss der kranke Organismus des circulirenden Giftes auf dem Wege der Excrete sich entledigt. Um die toxischen Eigenschaften des zu untersuchenden Harnes zu prüfen, injicirte Verf. solche Harne weisser Mäuse und Meerschweinchen, was heftige Vergiftungserscheinungen mit Exitus letalis zur Folge hatte, während der normale Harn sich als indifferent erwies. Bei der quantitativen und qualitativen Harnanalyse konnte Verf. in den normalen Harnbestandtheilen keine auffallenden Aenderungen constatiren. Dagegen war der Geruch des von schwer Verbrannten herrührenden Harnes kein normaler, sondern erinnerte in einer Reihe von Fällen in hohem Grade an den des Pyridins; besonders auffallend war dies nach Destillation des Harnes, namentlich nach Zusatz einer kleinen Menge Kalilauge. Schliesslich resultirten aus dem Destillate des alkoholischen Harnextractes, wie auch aus den durch die Verbrennungsproducte des Serumalbumins gesättigten Flüssigkeiten Substanzen, deren Stickstoffgehalt, der Schmelzpunkt der Platindoppelverbindung, das gleiche toxische Verhalten Thieren gegenüber, für das Vorhandensein von Pyridinbasen in Harnen bei Verbrennungen sprechen. Die Vergiftung mit Pyridinbasen weist genau alle Erscheinungen auf, welche bei Verbrennungen beobachtet werden: Somnolenz, Anurie und Erbrechen. Wenn man nun diese bei den Injectionen mit Pyridinbasen erzielte Wirkungen mit dem Vorhandensein von Pyridinbasen im Harne zusammenhält, ergibt sich die Berechtigung, die Resorption von brenzlichen Producten als eine Hauptursache der beim Verbrennungstode beobachteten Erscheinungen anzusehen. Die klinische Erfahrung jedoch schliesst es aus, alle Erscheinungen, sowie jeden Verbrennungstod auf diese Ursache zurückzuführen. Die Einwirkung von Shock und Sepsis soll nicht geleugnet werden. Im Sinne dieser Erwägungen hätte also die Therapie, in Ermanglung von antagonistischen, die Wirkung der Pyridinbasen aufhebenden Mitteln, die Aufgabe, einerseits den Organismus vom circulirenden Gifte zu befreien und andererseits die Resorption desselben von aussen zu verhindern. Dies könnte im ersteren Falle durch eine Venäsection mit nachfolgender Infusion einer Chlornatriumlösung erreicht werden; im zweiten Falle wäre angezeigt die bei ausgedehnten Verbrennungen leider undurchführbare Beseitigung der necrotischen Massen als der ursprünglichen Herde der giftigen Substanzen, welche von hier aus resorbirt werden. —*sch.*

121. ***Ueber eine epidemische Hautkrankheit.*** *Von* ***Thomas Savill.*** *(Brit. med. Journ. 1891, 5. Dec.; 1892, 9. Jan. — Schmidt's Jahrb. 1892. 12.)*

Verf. macht der Medical Society of London Mittheilung über eine epidemische Hauterkrankung, welche im Paddington-Krankenhaus während einer Zeit von 5 Monaten von 846 Personen 163 = 20% befiel. Beginn als röthelnähnlicher, meist aber papulöser Ausschlag, seltener Bläschenbildung; schliesslich ausgedehnte Abschuppung der Epidermis. Ausbreitung über die gesammte Hautdecke, Appetitlosigkeit, Schwächegefühl, starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens; auf der Höhe der Erkrankung Fieber, bei



alten Leuten häufig Collaps. Dauer 6—10 Wochen. Bevorzugung des höheren Alters; 21 über 70 Jahre alte Patienten starben. Aetiologisch ist wahrscheinlich ein Mikroorganismus zu beschuldigen. In der darauffolgenden Discussion werden Beobachtungen gleicher Art mitgetheilt: *Lunn* sah 193 Fälle von epidemischem Eczem im Marylebone-Krankenhaus. 33 Todesfälle, davon 10 direct der Erkrankung zuzuschreiben. Beginn mitunter mit Erbrechen und Diarrhoen. *Richards* sah von Anfang Juli ab 38 Fälle, seit October ist die Epidemie erloschen; alle Kranken genasen. Er vermuthet einen Zusammenhang mit der Influenza. *St. Mackenzie* hält eine Uebertragung durch die Kleidung für wahrscheinlich. *Crocker* sah oft eine Schwellung der Lymphdrüsen. Ausgang der Erkrankung stets von einer kleinen Stelle; daher vermuthlich bacterielle Entstehung. *Downes* theilt mit, dass nach Berichten von 120 englischen Anstalten nur in einer im Westen gelegenen ungewöhnlich häufig universelles Eczem aufgetreten sei.

122. ***Zur Therapie der durch Mangel an Hautfett entstandenen Störungen der Hautfunction.*** *Von Prof. O. Rosenbach. (Therap. Monatsh. 1892. Nov. — Prager med. Wochenschr. 1892. 50.)*

Für gewisse Formen von Dermatitis, Eczem, Erythem, Furunculose und Acne ist nach des Verf. Ansicht die mangelhafte Befettung der betroffenen Hautstellen seitens der Talgdrüsen von besonderer ätiologischer Wichtigkeit. So entstehen die Eczeme und Dermatitiden jener Leute, die häufig ihre Hände zu waschen gezwungen sind. Namentlich aber sind es Chlorotische, deren Haut in Folge zeitweiser ungenügender Talgabsonderung an Dermatitis erkrankt, welche nicht selten zu eigenthümlichen Verdickungen mit Rhagaden- und Geschwürsbildung führt, und corpulente Individuen, die in Folge starker Schweiss- und geringer Talgsecretion an Furunkeln des Nackens und Rückens, der Achselhöhlen und Nates erkranken. Hierher sind auch die Furunkel der Nase zu rechnen, welche bei dazu disponirten Leuten, wenn ihr Kopf einer stärkeren Erhitzung in trockener Luft ausgesetzt ist und dadurch ihre Nasenschleimhaut eine abnorme Austrocknung erfährt, vorkommen. Allen diesen Affectionen kann man demnach vorbeugen, indem man die den erwähnten Schädlichkeiten exponirten Körperstellen mit Fett oder Lanolin einreibt. Die Anwendung von Glycerin hält Verf. nicht für empfehlenswerth.

123. ***Ueber Vererbung der Syphilis.*** *Von Prof. I. Neumann. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1892. Heft 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 52.)*

Verf. gelangt auf Grund seiner sehr grossen Erfahrung zu folgenden Ergebnissen: Die Syphilis wird sowohl durch Sperma und Ovulum, somit sowohl hereditär, als auch postconceptionell auf die Nachkommenschaft übertragen. Die Uebertragung von Seiten des Vaters ist eine viel häufigere als die von Seiten der Mutter, weil überhaupt mehr Männer als Weiber syphilitisch sind, die Uebertragung von Seiten der Mutter ist dagegen eine intensivere, was wohl seine Erklärung darin findet, dass hier nicht das Ovulum allein, sondern auch das Blut selbst, aus welchem der Embryo seine Ernährung zieht, Virus enthält. Die Uebertragung



findet am allerhäufigsten im secundären Stadium der elterlichen Syphilis statt; je recenter die Syphilis, desto intensiver die Erkrankung des Fötus selbst. Daher findet die Uebertragung vorwiegend in den ersten Jahren der elterlichen Syphilis, besonders im ersten Jahre nach erfolgter Infection statt, bisweilen kommen auch im späteren Stadium der Syphilis, selbst nach 10 und 20 Jahren Uebertragungen vor, doch sind das immerhin Ausnahmen. Bei gleichzeitiger Infection und Conception ist die Intensität der Erkrankung der Nachkommenschaft am höchsten; doch sehen wir selbst bei recenter Erkrankung beider Eltern trotzdem gesunde Kinder, selbst ohne dass eine Behandlung eingeleitet war, daher man eine absolut ungünstige Prognose auch hier nicht im Vorhinein stellen soll: dies im Gegensatze zu anderen Beobachtern, welche behaupten, dass nie ein gesundes Kind zur Welt kommt, wenn beide Eltern krank sind. Die in den ersten Monaten der Schwangerschaft übertragene Syphilis der Mutter tödtet das Kind; in den letzten Monaten der Schwangerschaft geht die Syphilis in der Regel auf das Kind nicht über. Die grösste Zahl der Erkrankungen an hereditärer Lues erfolgt in den 3 ersten Jahren nach der Infection. das Maximum fällt in das erste Jahr, nach den ersten 3 Jahren nimmt sie in langsamer Weise ab.

124. ***Vorläufige Mittheilung über die Behandlung der Syphilis mit Hundeserum.*** *Von Edward Gotterell. (Medical press. 1892. Nov. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 99.)*

In der Gazz. degli ospidali. 5. März und 2. August 1892, so bemerkt der Verf., berichtete Prof. *Tommasoli* aus Modena über seine Behandlungsweise bei der secundären Syphilis mittelst subcutaner Injectionen von Serum aus dem Blute von Schafen und Rindern. Er selbst nun versuchte vor 3 Monaten bei 2 Kranken mit frischer Syphilis die Injectionen mit Hundeserum, und die Resultate des Verf. waren nach ihm insofern als günstige zu bezeichnen, als Roseola und andere Symptome unter dem Einflusse dieser Einspritzungen schnell beseitigt wurden. Da beide Kranke, wahrscheinlich wegen der durch die Behandlung verursachten, einigermassen schmerzhaften Anschwellung und vielleicht auch wegen Wohlbefindens zur anberaumten Besichtigung nicht wiederkamen, so wusste Verf. nichts Weiteres über jene anzuführen, und gedenkt er, die Behandlung fortzusetzen und die Resultate sorgfältiger zu fixiren. Das rationelle Wesen der Behandlung scheint, nach ihm, in der antibacteriellen Wirkung frisch präparirten Serums zu liegen, das stets in frisch präparirtem Zustande angewendet werden muss, da sonst der günstige Erfolg ausbleibt. Bezüglich der Erscheinungen auf den Organismus, so rufen die zwei ersten Injectionen, oder auch bereits eine, eine geringe Temperatursteigerung hervor, die bald vorübergeht. Oertlich wird an der Injectionsstelle eine empfindliche, schwach geröthete Anschwellung ohne Eiterung verursacht, die nicht lange andauert. Bisweilen folgt der Injection ein nesselartiges Erythem, das sich nicht allzuweit über die Anschwellung hinaus ausdehnt und bald verschwindet. Die Einspritzung wird in den Rücken, in Dosen von 0·02 Grm., zweimal wöchentlich mit einer *Koch*'schen, gut sterilisirten Spritze, nach sorgfältiger Reinigung der Haut mit fünfprocentiger Carbol-



säure, applicirt. Wichtig ist der Präparationsmodus des Serum: das Blut wird aseptisch der Carotis entnommen und in einem grossen, sterilisirten Reagensrohr aufgefangen, auf dessen Boden etwas Oxalsäurelösung behufs Verhütung der Coagulation gethan wird. Ist das Rohr etwa zu Dreiviertel angefüllt, wird es mit Charpie geschlossen und in eine Centrifugalmaschine gelegt, um Körperchen und Plasma zu isoliren. Hierauf theilt man letzteres ab, lässt es gerinnen, worauf das Serum sich absondert und in kleine sterilisirte Reagensgläschen gebracht werden kann, die mit Charpie verschlossen werden. Bei etwaigem Transport desselben kann man es auf sterilisirte Glaspipetten ziehen, deren Enden zugespitzt werden. Nach dieser Manipulation muss der Cadaver auf seine Gesundheit untersucht werden, da nur gänzlich gesunde Thiere verwendet werden dürfen.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

125. ***Beitrag zur Aetiologie und pathologischen Anatomie der Influenza.*** *Von Prof.* ***Weichselbaum.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1892. 32 u. 33.)*

Durch die Mittheilungen *Pfeiffer's* über den Influenzabacillus angeregt, nahm Verf. seine Untersuchungen über diesen Gegenstand wieder auf und unterwarf die Organe von sechs Individuen, welche im Winter 1891/92 der Influenza erlegen waren, einer erneuten, auf die ätiologischen und pathologisch-anatomischen Verhältnisse gerichteten Prüfung. Hinsichtlich der histologischen Ergebnisse an den Lungen, welche makroskopisch stets zahlreiche bronchopneumonische Herde aufwiesen, theilt er die sechs Fälle in zwei Kategorien, in frische und etwas ältere; ein Fall bildet den Uebergang zwischen beiden Gruppen. In den frischen Fällen waren innerhalb der bronchopneumonischen Herde die Bronchiolen und die ihnen benachbarten Alveolengruppen dicht von Eiterkörperchen erfüllt, die Septa selbst vereitert, so dass eine Abgrenzung der betreffenden Alveolen nicht mehr möglich war. In der Umgebung der abscedirten Partien enthielten einige Alveolen neben Eiterkörperchen noch fibrinöses Exsudat oder vorwiegend letzteres, andere dagegen seröses oder hämorrhagisches Exsudat nebst desquamirten Alveolarepithelien. In dem oben bereits erwähnten Uebergangsfall führen zwar die Alveolen im Centrum der bronchopneumonischen Herde auch ein eiteriges Exsudat, aber ihre Septa sind gut erhalten, den Eiterkörperchen sind mehr oder minder reichliche Epithelien beigemengt, das in vielen Alveolen befindliche Fibrin stellt bisweilen eine dichtere, derbere, mit Carmin färbbare Masse dar. Bei den älteren Fällen constatirt man nur in wenigen Alveolen der Entzündungsherde ein eiteriges Exsudat, dagegen mehr oder minder deutliche Zeichen einer beginnenden Induration. Was die Influenzabacillen betrifft, so konnten solche an Schnittpräparaten in allen sechs Lungen nachgewiesen werden, gewöhnlich innerhalb von Eiterkörperchen, aber auch in Alveolarepithelien — bei den frischen Fällen viel zahlreicher als bei den



älteren. Die Bacillen, äusserst feine und kurze Stäbchen, stimmten in Grösse, Form, Anordnung, Verhalten bei der *Gram*'schen Methode (Entfärbung!), bezüglich des Ortes und der Massenhaftigkeit ihres Vorkommens völlig mit den von *Pfeiffer* beschriebenen überein; sie waren auch mit den Bacillen eines Präparates, das Verf. von einem Mitarbeiter *Pfeiffer's* erhielt, zu identificiren. Und endlich herrschte zwischen des Verf. und den *Pfeiffer*'schen Bacillen Uebereinstimmung bezüglich der Schwierigkeiten der Fortzüchtung ihrer Culturen auf gewöhnlichen Nährböden; die zweite Mittheilung *Pfeiffer's*, nach welcher die Influenzabacillen auf Nährböden, deren Oberfläche mit Blut bestrichen wird, auch in späteren Generationen wachsen, war zur Zeit von Verf.'s Untersuchungen noch nicht erfolgt. Sputumuntersuchungen hat Verf. nicht vorgenommen. Im Blute Influenzakranker hat er — gleich *Pfeiffer* — die von *Canon* beschriebenen Influenzabacillen nicht nachweisen können; deshalb möchte er aber nicht die Möglichkeit eines gelegentlichen Vorkommens der Influenzabacillen im Blute leugnen. Was nun die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der *Pfeiffer*'schen Influenzabacillen betrifft, so ist Verf. von derselben völlig überzeugt, jedoch möchte er betonen, dass mannigfaltige Complicationen der Influenza durch Pneumonie- oder Eitercoccen hervorgebracht werden.

126. ***Ueber die nach Exstirpation des Plexus coeliacus auftretende Acetonurie.*** *Von **G. Viola**. (Rivista gener. ital. di chir. med. 1892. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 52.)*

*Lustig* und *Oldi* haben nach Exstirpation des Plexus coeliacus bei Hunden, Kaninchen und Katzen als nahezu constante Erscheinungen Acetonurie, Glycosurie, Albuminurie in Folge Acetonwirkung auf die Niere, Coma und Tod im Coma beschrieben. *Peiper* hatte bereits die gleichen Experimente (mit Ausnahme der Glycosurie) mit negativem Erfolge wiederholt und Verf. beschäftigt sich nun eingehend mit der gleichen Frage. Nach einer eingehenden Erörterung der für die Acetonerkennung angegebenen Methoden zeigt Verf., dass bei Einhaltung bestimmter Vorsichtsmassregeln die *Legal*'sche Reaction schon im Harn normaler Thiere, aber mit solchen Modificationen zum Vorschein kommt, dass aus derselben auf die Gegenwart von Aceton nicht geschlossen werden kann. Das Gleiche gilt auch für die *Lieben*'sche Reaction (auch von *Lustig* angegeben); beide Reactionen sind auch nach Entfernung des Plexus coeliacus ungeändert vorhanden, und können nach Verf. nicht als charakteristisch als Aceton angesehen werden. Mit der sehr empfindlichen und für Aceton allein charakteristischen Reaction von *Reynold* hat Verf. niemals ein positives Resultat erhalten. Verf. schliesst aus seinen Befunden, dass im Harn nach Entfernung des Plexus coeliacus (und auch im normalen Harne) ein Körper enthalten ist, der zwar manche Reactionen mit dem Aceton gemeinsam hat, aber selbst kein Aceton ist. Ueber die Natur dieses Körpers vermag er keine Angaben zu machen; er weist nur darauf hin, dass es sich nicht um Alkohol, Aldehyd oder Aethyldiacetsäure handelt. Glycosurie nach Entfernung des Plexus hat zwar auch Verf. beobachtet, aber nur als vorübergehende und nicht als constante Erscheinung. Albuminurie und Nierenerkrankung fehlte in den Versuchen von Verf. vollständig, Tod im Coma hat Verf. unter zahlreichen Experimenten nur einmal beobachtet.



127. ***Beobachtungen über apoplectische Alkohol-lähmung.*** *Von Prof. **Hermann Eichhorst**, Zürich. (Virchow's Archiv. 1892, CXXIX, 1, pag. 140. — Schmidt's Jahrb. 1892. Heft 12.)*

Bei dem nicht allzu seltenen Vorkommen des nahezu plötzlichen Einsetzens einer gewöhnlichen Neuritis ist doch bisher der apoplectiforme Beginn einer alkoholischen Neuritis noch nicht beschrieben. Während nun bei den ganz acuten Neuritiden die Untersuchung Blutungen in den peripherischen Nerven ergab, konnte in 2 Fällen von peracut eintretender alkoholischer Neuritis ein solcher Befund nicht gemacht werden; es musste deshalb eine rein functionelle Lähmung angenommen werden. Im ersten Falle handelte es sich um einen 30jähr. Potator, der im Verlauf seines kurzen Aufenthaltes in der Klinik, die er wegen Lebercirrhose aufgesucht hatte, plötzlich eine Lähmung der Streckmusculatur der Vorderarme bekam. Eine Abnormität in der elektrischen Erregbarkeit der Muskeln liess sich nicht nachweisen. Die Lähmung bestand nur 2 Tage, da der Kranke dann an Herzschwäche zu Grunde ging. Die Untersuchung ergab nun, dass das Rückenmark (das Gehirn wurde nicht untersucht) vollständig normal war, auch die Wurzeln. Ebensowenig ergab sich irgend eine nachweisbare Veränderung in den in Frage kommenden Nerven. Die Muskeln der Fingerstrecker allerdings zeigten eine interstitielle Entzündung mit Bindegewebswucherung und theilweise wohl schon beginnendem consecutiven Schwund der Muskelfasern. Da aber dieselbe Veränderung sich auch am Biceps femoris nachweisen liess, der im Leben gar keine Abnormitäten dargeboten hatte, so durfte man die an den Armen gefundene Veränderung nicht für die nachgewiesene Lähmung verantwortlich machen, wenn auch begreiflicher Weise ihre alkoholische Natur nicht von der Hand zu weisen ist. Es blieb also nichts übrig als die Annahme einer sogenannten functionellen Lähmung, der ja nach Verf. auch principielle Bedenken nicht entgegenstehen können. Jedenfalls zeige dieser Fall, dass der Alkohol schwere Muskelveränderungen hervorrufen kann, ohne zunächst die Nerven zu befallen; dass diese Krankheit zuweilen einen apoplectischen Charakter haben kann, ohne dass man eine anatomische Ursache dafür fände. Der zweite Fall ist das Analogon des ersten. Ein 48jähr. Potator kam mit den Erscheinungen einer beinahe completen linksseitigen Hemiplegie in die Klinik und ging nach wenigen Tagen, ohne vollständig zum Bewusstsein gekommen zu sein, zu Grunde. Bei der Section fand sich ausser einer Blutung in die linke Nebenniere, die man doch keinesfalls für die Hemiplegie verantwortlich machen konnte, keine zu deren Erklärung ausreichende Veränderung. Also auch hier musste eine functionelle Schädigung durch den Alkohol angenommen werden. Im Anschluss daran wird noch über einen dritten Fall von apoplectischer Polyneuritis acuta berichtet, wohl auch alkoholischer Natur, mit Paraplegie, Anästhesie; erloschenen Reflexen, Druckempfindlichkeit der Nerven, der mit vollständiger Genesung endete.



# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

128. ***Das Zungenverfahren bei Asphyxie durch Canalgase.*** *Von Billot. Vortrag in der Pariser Akademie der Medicin im November 1892. (Deutsche Med.-Ztg. 1893.)*

Verf. fand einen mit Canalgas Vergifteten in sehr verzweifeltem Zustande. Allgemeine deutliche Abkühlung; vollkommene Entfärbung der ganzen Haut, bleiches Gesicht, fixe und schon glasige Augen, unempfindliche Cornea, totale Abwesenheit der Respiration, absolute contracturirte Kiefern. Er versuchte das *Sylvester*'sche Verfahren, wobei Gesicht und Brust mit feuchter Serviette geschlagen wurde, während zwei Assistenten energisch die Glieder rieben. Die Reaction blieb aus. Da versuchte Verf. das Verfahren *Laborde's*, indem er rhythmisch an der Zunge zog. Nach einigen Bewegungen machte Patient eine Brechbewegung; bald erschien die Respiration saccadirt, langsam, dann regelmässig, das Gesicht belebte sich, die Sensibilität erschien wieder. In 5 Minuten war Patient gerettet. Ohne die *Laborde*'sche Methode wäre er verloren gewesen. In der darauffolgenden Discussion bemerkt *Laborde*, dass es besonders auf den Rhythmus der Zungentractionen ankommt; diese wirken wahrscheinlich auf den Nerv. laryngeus superior, welcher seinerseits wieder auf das excitomotorische Respirationscentrum wirkt. Die Methode ist auch bei einfacher Ohnmacht und selbst bei dem Scheintode der Neugeborenen und bei der Chloroformasphyxie zu empfehlen. *Laborde* und *Peronne*-Sedan haben 3 Neugeborene, welche vollständig ohne Lebenszeichen waren, durch rhythmische Tractionen an der Zunge (mit der Pincette) zum Leben zurückgerufen. Das erste Lebenszeichen war Schlucken.

129. ***Die hygienische Bedeutung des Kupfers.*** *Von Lehmann. Vortrag auf dem I. hygienischen Congress. (Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1892. Suppl.)*

Wenn überschüssige Mengen von Kupfer in Nahrungsmitteln gefunden werden, so können sie auf zweifachem Wege in dieselben gelangt sein: 1. Durch absichtlichen Zusatz von Kupfersalzen *a)* zu Gemüsen zwecks Grünfärbung (Reverdissage), *b)* zu Mehl, um seine Backfähigkeit zu erhöhen, das Aussehen des daraus gebackenen Brotes zu verbessern und seinen Wassergehalt zu vermehren. 2. Durch Nachlässigkeit: *a)* unpassende Verwendung r e i n e r Kupfer- oder Messinggefässe bei der Speisebereitung, d. h. Stehenlassen saurer oder fetter Speisen in Metallgefässen nach dem Kochen; *b)* Verwendung u n g e r e i n i g t stehen gelassener, grünspanbeschmutzter Kupfergeräthe. Gefunden wurden unter Anderem schon im Brot bis 130 Mgrm. pro 1 Kgrm., in Bohnen 35 bis 45 Mgrm. pro 1 Kgrm., selbst 125 Mgrm., in Erbsen bis 200 Mgrm. pro 1 Kgrm. 3. Durch Kochen oder Aufbewahren in Kupfergefässen. ***Mair*** fand in 1 Liter Reissuppe, welche 24 Stunden in Messing stand und sehr schlecht schmeckte, 24 Mgrm. Kupfer, Verf. in 1 Liter Fleischbrühe, welche in einer Messingpfanne bereitet und einen Tag stehen geblieben war, 36·8 Mgrm. Kupfer, in 100 Ccm. stark ranzigen Fettes, das in eine Messing- oder Kupferschale eingegossen war, nach 14 Tagen 8·7 Mgrm. Kupfer, in 1 Liter säuerlichen Weines, der mit Kupfer in Berührung ge-



bracht war, nach 24 Stunden 21 Mgrm., nach 7 Tagen 56 Mgrm. Kupfer, in 1 Liter Essig, der mit Messing in Berührung war, nach 24 Stunden 61 Mgrm., nach 7 Tagen 195 Mgrm. Kupfer. Bei einer wenig empfindlichen Zunge und mangelhafter Beleuchtung können nach Verf. während einer starken Mahlzeit aufgenommen werden:

| | | |
|---|---|---|
| in 300 Ccm. Suppe . . . . . . . . . | 20 | Mgrm. Kupfer |
| „ 1 Liter Wein, der in Kupfer stand . | 50 | „ „ |
| „ 50 Ccm. Essig, „ „ „ „ . | 10 | „ „ |
| „ 50 Grm. Fett, das zum Braten diente | 5 | „ „ |
| „ 200 „ stärkst gepulverte Erbsen . | 50 | „ „ |
| „ 500 „ maximal kupferhaltigen Brotes | 60 | „ „ |

also im Maximum 195 Mgrm. Doch wird natürlich ein solcher Fall kaum je vorkommen. Auf die Frage, von welcher Menge ab reine Kupferpräparate bei einmaligem Einnehmen schädlich wirken, antwortet die Pharmakologie, dass Dosen von 10—30 Mgrm. Kupfer in hinreichender Verdünnung meist wirkungslos sind, dass etwa 50—100 Mgrm. Kupfer Uebelkeit, Brechreiz und in der Regel Brechen erzeugen. Die kleinste Dosis eines reinen Kupfersalzes, von der eine ernstere Erkrankung eines Erwachsenen sicher ausgegangen ist, war 5 Grm. Kupfersulfat = 1·2 Grm. Kupfer. Für die Vermuthung, dass einzelne Kupfersalze schädlicher als andere wirken, liegt nichts Beweisendes vor. Verf. berichtet nun, dass zwei seiner Schüler Kupfer in Bier einführten, der eine 50 Tage täglich 39 Mgrm., darauf 30 Tage täglich 78 Mgrm. Kupfersulfat, der andere binnen 51 Tagen täglich 16—96 Mgrm. Kupferacetat, dass beide aber nicht die leiseste Störung des Wohlbefindens spürten. Darnach würde eine schädliche Wirkung kleiner Mengen Kupfer auch bei länger dauernder täglicher Einführung in den Körper nicht zu befürchten sein. Dagegen kann durch grössere Mengen, wie sie in nachlässig hergestellten Conserven oder Broten und bei nachlässiger Bereitung von Nahrungs- oder Genussmitteln in Kupfergeschirren vorkommen, recht wohl Erbrechen und Brechdurchfall, doch kaum mehr entstehen. Die Hygiene wünscht übrigens ein Verbot der Verwendung von Kupfer zum Färben von Gemüseconserven, weil die Gefahr des Missbrauches nahe liegt, die Conserven weder an Haltbarkeit, noch an Geschmack gewinnen, und weil es nicht begründet erscheint, die Conserven grüner zu färben als die frischen Gemüse. Der Zusatz von Kupfer zu Brot ist ebenfalls zu verbieten, weil auch die Gefahr des Zusatzes zu grosser Mengen vorliegt, weil Zusatz von Kupfer verdorbenes schädliches Mehl wieder backfähig macht und weil es eine vermehrte Wasserbeimischung ermöglicht. Endlich sollen Kupfergeschirre nicht zum Aufbewahren fetter, saurer oder salziger Speisen dienen. *E. Lewy.*

130. ***Verhalten des Typhusbacillus im Boden.*** *Von Dr.* ***Karlinsky.*** *(Arch. f. Hygiene. 1891. XIII. — Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1892. Suppl.)*

Sterilisirte und nichtsterilisirte Erdmassen wurden in einem Glascylinder mit einer Aufschwemmung des Bacillus des Typhus vermengt und bei einer Temperatur von 14—18° C. aufbewahrt. Aus zahlreichen Versuchen ergab sich Folgendes: 1. Die längste



Lebensdauer der Typhusbacillen im Boden beträgt 3 Monate. 2. Die Lebensdauer der Typhusbacillen, welche mit typhösem Kothe in die Erdmasse gebracht werden, ist wesentlich kürzer als diejenige der Bluttyphusbacillen. 3. In den tieferen Bodenschichten können die Typhusbacillen den wechselnden Einflüssen der Temperatur, der Feuchtigkeit und Thätigkeit der Bodenmikroben Trotz bieten. 4. Auf der Oberfläche der Erde gehen die Typhusbacillen rasch zu Grunde. 5. Wechselnde reichliche Befeuchtung, gleichviel ob sie von oben oder von unten die inficirte Erdmasse trifft, kürzt die Lebensdauer der Typhusbacillen wesentlich ab. 6. In den Bodenschichten, zu welchen die Pflanzenwurzeln reichen, ist die Lebensdauer der fraglichen Bacillen eine sehr kurze. 7. Während der Fäulniss der Organe von Typhusleichen kommt es zu beträchtlicher Temperatursteigerung. 8. Typhusbacillen können in den Organen begrabener Typhusleichen unter Umständen bei verzögerter Fäulniss und bei behindertem Zutritt von specifischen Fäulnissorganismen noch nach 3 Monaten nachgewiesen werden.

*E. Lewy.*

131. ***Exhibitionist.*** *Von Dr.* ***Kautzner.*** *(Mitth. d. Vereines d. Aerzte in Steiermark. — Wiener med. Wochenschr. 1892. 46.)*

Im Grazer Stadtparke wurde ein Mann aufgegriffen, welcher mit entblösstem Bauche und Geschlechtstheilen Frauenspersonen attaquirte. Patient war bereits eines ähnlichen Delictes wegen früher einer Freiheitsstrafe verfallen gewesen. Es handelte sich um einen 37jährigen Mann mit mangelhafter Schulbildung. An seiner Kleidung fiel auf, dass sein licht violetter Rock breit blau eingefasst und sein Strohhut mit einem grellfarbigen, breiten Bande geschmückt war. Er wies weder einen weiblichen Typus, noch Degenerationszeichen auf. Er werde (nach eigener Angabe) durch Alkohol rasch geschlechtlich aufgeregt. Onanie habe er früher betrieben, als junger Mann habe er in gewöhnlicher Weise den Beischlaf ausgeübt. In letzterer Zeit sei er nicht mehr so geschlechsbedürftig. Wenn er nüchtern sei, begehe er gewiss keine Fehltritte und fühle keine geschlechtliche Erregung, im angeheiterten Zustande jedoch komme ihm immer „der verfluchte dumme Gedanke" und die Begierde, seine Geschlechtstheile anzusehen und sie Frauen zu zeigen. Es werde ihm dann so angenehm warm, das Herz schlage heftiger, das Blut steige ihm in den Kopf und er könne sich seines Triebes nicht mehr erwehren. Nachträglich habe er sich oft wegen dieser „verrückten Idee" mit den Fäusten den Kopf tractirt. Männer und Knaben anzusehen, verabscheue er. — Dem gerichtsärztlichen Gutachten über diesen Fall ist zu entnehmen: Patient ist hereditär belastet. Er ist selbstgefällig, putzsüchtig, geziert, spricht hochtrabend. Wie mächtig der perverse Geschlechtstrieb bei ihm entwickelt ist, beweist die beim Exhibitioniren gefühlte Lust und die Unwiderstehlichkeit dieser Libido. Erwägt man die psychopathische Veranlagung, sein sonstiges Wohlverhalten, seine abnorm rasche Reaction auf Alkohol, sein besonders dadurch entflammtes, phantastisches und schwärmerisches Gefühls- und Vorstellungsleben, sowie die Mächtigkeit seiner perversen Libido, so muss angenommen werden, dass Patient sich beim Exhibitioniren in einem geistig unfreien Zustande befand. — Das gerichtliche Verfahren wurde in diesem Falle eingestellt.



132. ***Bedeutung der Gebärmuttersenkung für die gerichtsärztliche Beurtheilung eines Nothzuchtfalles.*** *Von **Oebbecker.** (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. Bd. IV. Heft 1. — Wiener med. Wochenschr. 1892. 46.)*

Eine 51jährige Witwe erhob gegen einen Schlächtermeister die Anklage, derselbe habe sie an einer abgelegenen Waldstelle genothzüchtigt. Die Frau zeigte an den Innenseiten der Oberschenkel mehrere mattblaue, fleckige Suffusionen, die in der Nähe der Knie am deutlichsten waren. Dieselben erinnerten an Fingereindrücke und bestätigen die Angabe der Frau, dass ihre Oberschenkel gewaltsam auseinandergedrängt worden seien. In mehreren Flecken des Hemdes waren spärliche Spermatozoen nachweisbar. Der Angeklagte gab an, er habe den Coitus wohl versucht, jedoch nicht beendet, da die Frau einen Gebärmuttervorfall gehabt habe, welcher ihn behinderte. Die Frau leidet an einer Gebärmuttersenkung; mässiger Druck des im vorderen Scheidengewölbe eingeführten Fingers war schmerzhaft, weshalb für die Klägerin auch ein Beischlaf schmerzhaft sein musste. Deshalb war der Angabe des Angeklagten, die Frau hätte den Beischlaf gewünscht, kein Glauben zu schenken, ferner war seine Mittheilung, er habe auf den Coitus verzichtet, unwahrscheinlich. Gemäss obiger ärztlicher Auffassung wurde der Angeklagte wegen Nothzucht verurtheilt.

133. ***Zur Lehre von den Folgezuständen nach Gehirnerschütterung.*** *Von Dr. **M. Friedmann**, Mannheim. (Deutsche med. Wochenschr. 1891. 39. — Arch. f. Psychiatr. Bd. XXIII, Heft 1.)*

Bei zwei jüngeren Individuen (27, beziehungsweise 30 Jahre) findet ein nur mässig schwerer Insult des Kopfes statt. Sofort darauf tritt Schwindel, Kopfschmerz und Kopfnervenlähmung auf. Nach einigen Wochen wesentliche Besserung der subjectiven Beschwerden, dann allmälig Einsetzen von schweren, periodisch auftretenden Paroxysmen von Kopfschmerz und Schwindel bis zur Apathie und Benommenheit, gelegentlich selbst von Extremitätenlähmung und Fieber begleitet; nach einiger Zeit psychische Beeinträchtigung und schliesslich tödtlicher Ausgang in einem der schwereren Anfälle nach einem, beziehungsweise drei Jahren. Die Diagnose wurde in dem einen Falle mit Rücksicht auf die multiple Hirnnervenlähmung, die localisirte Schmerzhaftigkeit am Schädel und die nach einiger Zeit sich einstellenden schweren, theilweise fieberhaften Anfälle auf Basisfractur mit später folgendem encephalitischen Herd und Meningitis gestellt. Im zweiten Falle liess die noch stärker ausgeprägte schmerzhafte Stelle am Hinterhaupt mit den ebenfalls nach freiem Intervalle zum Vorschein kommenden, oft wiederholten fieberhaften Attaquen Schädelsplitterung an der Convexität, mit eingekeiltem Knochensplitter und folgender meningitischer Reizung vermuthen. Die Section ergab aber weder in dem einen, noch in dem anderen Falle auch nur eine Spur einer gröberen Läsion des Schädels und Gehirns. Aufklärung gab erst die in einem der Fälle angestellte mikroskopische Untersuchung; das Gehirngewebe selbst war überall unversehrt; dagegen war das Gebiet der kleinen Gefässe diffus, im Bereich des ganzen Gehirns, innerhalb der grauen und weissen Substanz bis in die Oblongata herab ergriffen, am stärksten im linken Scheitelhirn, der



Stelle entsprechend, die im Leben sich durch besondere Schmerzhaftigkeit ausgezeichnet hatte. Ueberall war aber durchschnittlich etwa nur der vierte Theil der Gefässe eines Gesichtsfeldes abnorm, die übrigen erschienen nicht auffallend. Die Veränderungen waren vierfacher Art. Zunächst strotzende Füllung mit Blut bis in die kleinsten Capillaren; zweitens war ein Theil der letzteren lanulär oder aneurysmatisch, bis zu oft sehr hohen Graden ectasirt; drittens sehr häufig auch die adventitielle Gefässscheide erweitert und zum Theil mit reichlichem Blutpigmente gefüllt, daneben Extravasation von Rundzellen in die Gefässscheiden, an einigen Stellen, besonders im linken Scheitelhirn, so hochgradig, wie man es sonst nur bei schwerer Entzündung sieht. Endlich viertens allenthalben, aber nicht so häufig, kleinere Gefässe mit hyalin entarteter Wandung.

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 134. *Ueber periphere Thrombosen bei verschiedenen Krankheiten.*

*Von **S. Laache**, Christiania.*

*(Norsk Magazin f. Laegevidensk. 1892, Sept., pag. 924.)*

Auf Grundlage von 14 eigenen Beobachtungen von Thrombosen peripherer Venen, die nicht mit Puerperalprocessen oder Typhus im Zusammenhange standen, und im Anschlusse an die in der medicinischen Literatur vorhandene Casuistik dieser Affection zeigt Verf., dass Unterleibsaffectionen sehr häufig der Ausgangspunkt für Thrombosen an den unteren Extremitäten sind. In einem der vom Verf. beobachteten Fälle trat die Thrombose zuerst im rechten und dann im linken Beine im Gefolge von Perityphlitis auf und gab dem ursprünglichen Krankheitsbilde ein ganz besonderes Gepräge. Weniger häufig sind Affectionen der Brustorgane der Ausgangspunkt für Thrombosen der oberen Extremität, doch findet sich in der dänischen Literatur ein Fall von Pleuraempyem mit Thrombose des entsprechenden Armes. Nicht selten sind aber auch Verletzungen der Zehen und Finger der Ausgangspunkt. Besondere Prädisposition zeigt das weibliche Geschlecht; unter den 14 Fällen des Verf. betreffen nur 4 Männer. Das häufige Vorkommen bei Influenza, die nächst dem Typhus bei der Thrombose ätiologisch die grösste Rolle spielt, ist durch die Erfahrungen bei der letzten Pandemie in allen Ländern festgestellt. In älteren Epidemien ist Thrombose nicht erwähnt; in der letzten Epidemie ist der Einfluss auf die Gefässe nicht nur in Bezug auf die Venen, sondern auch hinsichtlich der Arterien erwiesen. Die Influenzathrombose ist stets eine Nachkrankheit, die zur Schwere des Anfalls in keinem constanten Verhältnisse steht; mitunter kommt sehr schwere Phlebitis nach ausserordentlich leichter Influenza vor. Mit Rücksicht auf die grosse Verbreitung der Influenza muss die Thrombose allerdings als sehr selten bezeichnet werden, da in Dänemark nur 5, in Schweden 6, in Norwegen 7 und im Deutschen Reiche 25 Fälle

constatirt wurden. Von chronischen Krankheiten kommen besonders Krebs, Tuberculose und Syphilis ätiologisch in Betracht. Bei Krebs kann Thrombose entweder durch Druck auf die Venen oder durch Hineinwachsen der Geschwulst in die Gefässe oder in Folge der Cachexie entstehen. Ein pathognomonisches Symptom für Krebs, wie dies *Trousseau* glaubte, ist die Phlegmasia alba dolens keineswegs, vielmehr kommt sie durch verschiedene Cachexien zu Stande. In 2 Beobachtungen des Verf. handelt es sich um chlorotische Phlebitis, die in einem Falle durch Lungenembolie tödtlich wurde. Unter den norwegischen Fällen findet sich auch ein solcher von arthritischer Phlebitis, die in Frankreich und England relativ häufig zu sein scheint. Fettleibigkeit, Erkältung und Ueberanstrengung werden in einzelnen Fällen als ursächliche Momente angegeben. Die Symptomatologie der peripheren Thrombosen drückt der alte Name Phlegmasia alba dolens trefflich aus; doch zeigt das Leiden, wie dessen puerperale Form, mannigfache Gradationen. So kann das weisse Oedem, das die englische Bezeichnung Milk leg (Milchbein) veranlasst hat, sehr wenig ausgeprägt sein, ja manchmal ganz fehlen und dadurch die Diagnose erschwert werden. In anderen Fällen ist es so bedeutend, dass es den Thrombus selbst verdeckt und nur ausgesprochene Empfindlichkeit längs des Verlaufes der Gefässe deren Erkrankung andeutet. In allen von Verf. beobachteten Fällen hatte der Thrombus seinen Sitz in der einen oder in beiden Unterextremitäten (Vena femoralis saphena, mitunter auch parva). Exanthem (Rubor) ist weit weniger häufig als bei Lymphangioitis; Anschwellung der Lymphdrüsen fehlt stets. Die Sensibilität der afficirten Partie ist bald herabgesetzt, bald gesteigert. Das im Anfange oft vorhandene Fieber ist nicht bedeutend und währt nur einige Tage. Auch der Schmerz, der in den ersten Tagen Morphineinspritzung nöthig machen kann, geht in der Regel mit der völligen Entwicklung des Oedems vorüber und macht einer ausserordentlichen Schwere in den Beinen Platz. Je ausgebreiteter die Gefässverstopfung ist, um so quälender ist der Zustand, der ausserdem gleichzeitig durch andere Processe (bei Verf.'s Kranken 2mal durch Pleuritis sicca) verschlimmert wird.

Entscheidend für die Diagnose ist selbstverständlich nur die genaue Untersuchung der Venen, die bei anscheinend rheumatischen oder neuralgischen Schmerzen nach Influenza nicht unterlassen werden sollte. Der unebene, kleinfingerdicke Strang wird am leichtesten gefühlt, wenn man den in Oel getauchten Finger über die Hautoberfläche gleiten lässt. Die Entwicklung der Phlebitis kann in einzelnen dunkeln Fällen von Influenza auch für deren Diagnose von Wichtigkeit sein. Auch besitzt sie mitunter forensische Bedeutung, insoweit sie, z. B. in dem einen der mitgetheilten Fälle, auf einen künstlichen Abortus als Ursache hinwies. Die Prognose ist insofern eine zweifelhafte, als die Gefahr der Embolie besonders bei frischer Thrombose sich stets geltend macht; doch trat nur in einem der Fälle Verf.'s der Tod durch Embolie ein. Gefährlich ist auch die Tendenz zur Ausbreitung, welche das Leiden besitzt; abgesehen von dem Uebergange von der einen Unterextremität zur anderen kann es vorkommen, dass eine sehr grosse Anzahl Venen in Mitleidenschaft gezogen wird (Jugularvene, V.





clavicularis, Hirnsinus), wie dies *Trousseau* und *Stabell* wiederholt beobachtet haben. Selbst in solchen Fällen kann es zur Genesung kommen. In zwei von Verf.'s Patienten mit Influenza-Phlebitis kam es zu rascher Entwicklung von Phthisis, die in einem Falle sehr rapid verlief; doch ist ein Zusammenhang mit der Phlebitis nicht anzunehmen. Die mehrfachen Angaben über Gangrän als Folge von Venenthrombose sind wohl Verwechslung mit arteriellen Thrombosen. Uebergang in Elephantiasis, Venenverknöcherung, Bildung von Venensteinen sind nur ausnahmsweise Folgezustände. Recidive sind keineswegs ausgeschlossen. Es ist ausserordentlich wichtig, die Affection in ihren Anfängen zu erkennen, um die richtige Behandlung (ruhige Bettlage mit leicht erhöhter Stellung der thrombosirten Extremität und Einhüllung in Watte, nöthigenfalls etwas Morphin) einzuleiten und nicht etwa durch die bei rheumatischen Affectionen, Ischias u. s. w. übliche Massagebehandlung den Kranken geradezu zu schädigen. Auch ausgedehnte Thrombosen können zurückgehen. In einem derartigen Falle scheint der günstige Ausgang mit 10tägigem unfreiwilligen Fasten im Zusammenhange zu stehen, da der Kranke wegen fortwährendem Erbrechens nur Eispillen zu sich nehmen konnte. Bei Syphilis, Chlorose oder Rheumatismus ist selbstverständlich das Grundleiden zu bekämpfen.

*Th. Husemann.*

# Literatur.

135. ***Grundriss der speciellen Pathologie und Therapie für Studirende und Aerzte.*** *Von Dr. Julius Schwalbe, Berlin. Mit 34 Holzschnitten und einer lithographirten Tafel. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke.*

Verf., mehrjähriger Assistent des städtischen Krankenhauses in Friedrichshain bei den Professoren *Fürbringer* und *Hahn*, hat sich der dankbaren Aufgabe gewidmet, ein auf ganz moderner Grundlage stehendes kurzes Lehrbuch der Medicin zu bearbeiten und hat dieselbe mit viel Geschick gelöst. Zunächst vermeidet Verf. die Krankheitsbildner blos in ihrer typischen Form zu schildern, indem er auch die wesentlichen Abweichungen derselben überall hervorhebt, wodurch er eben die grösste Gefahr der compendiösen Bearbeitung — die schematisch abgegrenzte Darstellung des Lehrstoffes — überwand. Jedem grösseren Abschnitt des Grundrisses ist in Würdigung der Bedeutung der Diagnose für das weitere Vorgehen des Arztes eine gedrängte „Klinische Diagnostik" vorausgeschickt. So behandelt die den „Krankheiten des Nervensystems" vorangestellte Diagnostik: *A.* Sensibilitätsstörungen (Hautsensibilität, Muskel- und Gelenksensibilität); *B.* Motilitätsstörungen (Abnahme der Motilität, motorische Reizung, Ataxie, Reflexstörungen, Veränderungen des elektrischen Verhaltens); *C.* Trophische und secretorische Störungen; *D.* Die vasomotorischen Störungen; *E.* Störungen der Reflexthätigkeit und schliesslich neurotische Functionsstörungen der inneren Organe. Mit diesem diagnostischen Apparat ausgestattet, gelangt der Leser zur Schilderung der Krankheiten des Nervensystems. Die einzelnen Krankheiten werden in ihrer Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatik, Diagnose, Prognose und Therapie in prägnanter Kürze, wie sie nur demjenigen gelingt, der den behandelnden Stoff allseitig übersieht, dar-





gestellt. Capitel „Gynäkologie“ ist von Dr. *Czempin*, Capitel „Haut- und Geschlechtskrankheiten“ von Dr. *Joseph* bearbeitet. Die „Krankheiten des Blutes“ sind durch eine Lithographie, die wichtigsten normalen und pathologischen Blutkörperchen nach *Ehrlich* enthaltend, illustrirt. Im Anhange enthält das Werk: I. Die wichtigsten Vergiftungen; II. die Maximaldosen der Arzneimittel des Arzneibuches für das Deutsche Reich. Recepte: *A.* Innerliche Medicamente. *B.* Aeusserliche Medicamente. III. Maximaldosen wichtiger differenter Mittel für Kinder. IV. Die wichtigsten Bäder und Curorte. Somit ist Verf.'s „Grundriss“ ein für den Anfänger und Praktiker gleich empfehlenswerthes Werk. Die Ausstattung ist durchwegs solid. —*nn.*

136. ***Beiträge zur Chirurgie.*** *Festschrift, gewidmet Theodor Billroth von seinen dankbaren Schülern zur Feier des vollendeten fünfzigsten Semesters seines akademischen Wirkens in Wien. Mit zwei Porträts, 9 lithographischen Tafeln und 51 Holzschnitten. Stuttgart 1892, Verlag von Ferdinand Enke. 8°. 670 Seiten.*

Das vorliegende Werk, ein Denkmal, welches die Dankbarkeit der Schüler dem grossen Meister gewidmet hat, der ihnen am Beginn der wissenschaftlichen Laufbahn als Führer auf dem technischen und geistigen Gebiete der Chirurgie zur Seite stand, enthält eine Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie und der operativen Gynäkologie, die des Meisters, den sie ehren sollen, würdig sind. Im Inhaltsverzeichniss finden wir 10 Professoren an Universitäten Oesterreichs, Deutschlands, der Schweiz, Belgiens und Hollands, eine Anzahl von Docenten und hervorragenden Operateuren sämmtlich Schüler *Billroth's*, welche in pietätvoller Hingebung wissenschaftliche Beiträge lieferten, deren jede Tagesfragen der Chirurgie behandelt. Demgemäss dürfen wir hier darauf verzichten, einzelne Arbeiten des Werkes hervorzuheben, umsomehr, als die „Beiträge der Chirurgie“ bei keinem Chirurgen fehlen dürfen. Unseren Lesern werden wir Referate einzelner darin enthaltener Abhandlungen übermitteln. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Gewiss war auch die Verlagshandlung bemüht, dem seltenen festlichen Anlasse in würdiger Weise Rechnung zu tragen.

## Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

137. ***Ueber Sycosis und Folliculitis.*** *Von Docent Dr. S. Ehrmann. Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums am 5. December 1892.*

Das Studium der Hauteiterung hat in den letzten Jahren so grosse Fortschritte gemacht, dass es an der Zeit ist, die Blicke weiterer ärztlicher Kreise darauf zu lenken. Die Bezeichnung Sycosis existirt schon seit langer Zeit, wurde von *Hebra* acceptirt und von demselben als eine chronische, nicht contagiöse Erkrankung bezeichnet. *Köbner* spricht von einer Sycosis parasitaria. *Hebra* sagt, dass die Folliculitis sich bald in Form einzelner Knötchen, bald unter dem Bilde confluirender Infiltrate einzeln stehender Pusteln oder als Furunkel oder als Anthrax zeige. Das Bild derselben sei ein verschiedenes, je nachdem das Individuum einen dünnen oder dicken Haarwuchs hat.

Untersucht man eine Reihe von Eiterherden der Haut, so findet man darin constant entweder den Staphylococcus pyogenes aureus oder



albus, welcher oft eine hohe pathogene Dignität besitzt. Von ersterem lassen sich Culturen anlegen, welche Gelatine verflüssigen, in welcher sich die Coccen selbst als gelbe Flöckchen senken. Impfung der Staphylococcen auf die menschliche Haut bewirkt entweder Furunkel oder Impetigo. Die Coccen finden sich im Schmutze der Haut, besonders im Nagelschmutze, im Speichel, im Hausspülwasser. Verf. fand sie im Nasenschleim, im Waschwasser des Kragens eines Individuums, das an Folliculitis nuchae litt, sowie am Bruchbande eines Individuums, das eine Folliculitis scroti hatte. Die Sycosis kann das Gesicht, das Scrotum, das weibliche Genitale, die Achselhöhle und den Nacken einnehmen.

Durch Experimente wurde nachgewiesen, dass die Coccen den lockerigen Faserzügen des Bindegewebes nachgehen, dass sie sowohl durch die Mündungen der Haut eindringen können, als auch durch die Mündungen der Mammae, wo sie dann die tiefen Mammaeabscesse erzeugen. Bei jungen, noch mit Flaumenhaaren bedeckten Individuen reichen die Härchen nicht über die Lederschichte hinaus, die Coccen erzeugen daher hier keine Sycosis, sondern nur eine Acne sycosiformis, da der Process hier oberflächlich bleibt. Die Staphylococcen folgen den Mündungen der Haut und erzeugen hier eine Eiterung, die bei Lanugohärchen eine oberflächliche, bei dicken Haaren eine tiefe ist. Wird daher im ersteren Falle das Haar epilirt, so entleert sich der Eiter nach Aussen und der Process ist beendigt. Es kann aber auch zu grossen unterminirenden Abscessen kommen, die manchmal eine wohlthätige Rolle spielen können. Verf. sah einen Fall, wo die Sycosis lange Zeit erfolglos behandelt wurde; plötzlich bildete sich ein Abscess auf der Wange, in welchen die übrigen Eiterherde confluirten. Mit der Eröffnung des Abscesses schwand auch die Sycosis. Zur Eröffnung der Fistelgänge hat Verf. ein eigenes Messerchen construirt, welches dem *Weber*'schen Messer zur Eröffnung des Thränenröhrchens ähnlich sieht.

Bezüglich der Therapie stellt Verf. folgende Lehrsätze auf: Bei der Sycosis müssen zwei Fälle genau von einander gehalten werden, und zwar jene, wo es sich um blosse Folliculitis handelt und jene, wo es schon zu einer subcutanen Gewebseiterung gekommen ist. Für erstere Fälle, bei denen bis jetzt nur Salben, Pflaster und das sonst ausgezeichnete Epiliren angewendet wurde, verwendet Verf. den elektrischen Strom, um Flüssigkeiten in den Follicularapparat einzubringen. Verf. gelang es, auf dem Wege der Kataphorese Farbstoffe in den menschlichen Körper einzubringen. Bei der Therapie eignete sich am besten das Ichthyol. Zu diesem Zwecke hat sich Verf. ein nach unten offenes Glasgefäss construirt, in dessen Griffe ein metallischer Kern mit den Zuleitungsdrähten verläuft. Dieses Gefäss wird locker mit Watte ausgestopft, welche mit der Flüssigkeit getränkt ist. Das Gefäss wird auf die Haut aufgesetzt und eine Stromintensität von 20—25 Milliampère durch 10 Minuten angewendet. Wenn es sich um eine reine Folliculitis handelt, kann man auf diese Weise vollkommene Heilung erzielen.

Verfasser stellt einen Patienten vor, bei dem die Sycosis bereits durch 4 Monate erfolglos behandelt wurde. Mittelst der erwähnten Kataphorese wurde das Leiden vollkommen geheilt. Ein zweiter vorgestellter Fall hatte eine Sycosis im mittleren Theile der Lippe, welche ebenso behandelt wurde. Doch stellte sich bald Recidive am Septum narium ein, welche von einem purulenten Ausflusse aus der Nase herrührte; es muss daher auch diesem ätiologischen Standpunkte Rechnung getragen werden.





Die Sycosis schlägt daher sowohl in das Gebiet der Dermatologie, als auch in das der Rhinologie. Die Folliculitis nuchae wird so oft mit dem Kragen von einem Orte auf den anderen übertragen.

Die elektrische Behandlung hat nur dort Erfolg, wo die Infiltration im Follikel sitzt, da die elektrische Diffusion nur im Stande ist, die Flüssigkeiten durch capillare Gänge zu treiben, nicht aber durch grosse Hohlräume. Hier muss die Kataphorese mit der chirurgischen Behandlung combinirt werden. Doch darf sich diese nicht darauf beschränken, viel Blut zu entleeren, sondern muss die ganze Dicke der infiltrirten Haut betreffen. Der grosse Fortschritt von heute besteht darin, dass man die Hilfsmittel der modernen physikalischen Technik dort anwendet, wo es den Alten nicht möglich war, da sie dieselben nicht kannten.

---

# Kleine Mittheilungen.

138. ***Zur Darreichungsweise des Antipyrin.*** Bekanntlich wird das Antipyrin von manchen Personen schlecht vertragen und erzeugt nauseose Zustände. Dr. *Perdriel* empfiehlt nach *Dujardin-Beaumetz* die Verabreichung des Antipyrins in kohlensaurem Wasser (Selters, Syphon etc.). Dabei wird das Antipyrin gleichzeitig mit Bicarbonas Sodae und Weinsäure gegeben. Die im Magen sich entwickelnde Kohlensäure hält alle früheren Unannehmlichkeiten fern und das Antipyrin kann seine wohlthuende Wirkung entfalten. *Perdriel* lässt das Antipyrin in Pastillen mit den beiden genannten Substanzen verabreichen.

139. ***Abführmittel für Kinder:***

*Ol. Ricin. 15·0.*
*Kaffee-Infus. 60·0.*
*Sacchar. alb. 20·0.*

(Der ärztl. Prakt. 1892. 42.)

140. ***Zur Behandlung des Ulcus molle*** empfiehlt ***Gamel*** (Journ. d. malad. cut. et syph. 1892. Sept. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 1.) folgende Methode: Watte wird zweimal täglich mit einer Lösung von Acid. carbol. crystall. 10·0, Camphor. 25·0 getränkt und auf das Ulcus aufgelegt. Die Heilung soll darunter sehr schnell von Statten gehen.

141. ***Ein 14jähriges Mädchen,*** das ***ohne Arme*** zur Welt gekommen, stellte ***F. Opfer*** im Verein für innere Medicin (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 1) vor. Die Eltern sind gesund, die Mutter ist 30 Jahre jünger als der Vater. Von acht Geschwistern sind vier am Leben, sämmtlich ohne Missbildungen. Das Kind wurde sehr elend geboren, Wirbelsäule und Thorax stark verkrümmt. Die Entwicklung ist jetzt ziemlich gut, die geistigen Fähigkeiten sind erheblich. Auf der linken Seite ist ein etwa 5 Cm. langer Stumpf mit einem kleinen, röhrenförmigen Knochen, ferner besteht Kyphoscoliose nach rechts mit erheblicher Verdickung aller Wirbelkörper. Die Beine sind normal gebildet. Mit den Füssen kann Patientin schreiben und auf einer kleinen Geige spielen.

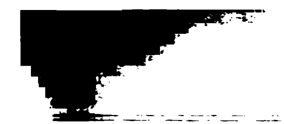
142. ***Zur klinischen Kenntniss des Eifersuchtswahnes der Männer.*** *Von Dr.* ***Rich. Werner.*** *(Wiener Jahrb. f. Psychiatr. 1892, pag. 253. — Schmidt's Jahrb. 1892. 12.)*

Verf. wendet sich gegen *v. Krafft-Ebing,* nach dem der Eifersuchtswahn nur durch Alkoholismus bewirkt werde, und theilt zwei Beobachtungen mit, in denen trotz des Eifersuchtswahnes kein Alkoholismus bestand. Besonders die zweite Krankengeschichte ist interessant. Es handelt sich um einen 53jähr. Mann, bei dem während der Entwicklung der Paranoia die Ueberzeugung von der Untreue der Frau sozusagen im Mittelpunkte stand.

143. ***Ueber Cocaincantharidat.*** *Von* ***A. Hennig,*** *Königsberg. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 35. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 52.)*

Verf. verwandte an Stelle der cantharidinsauren Alkalien eine Mischung von Cantharidin und Cocain, welche er Cocaincantharidat nennt; er gebrauchte dieselben Dosen wie von den cantharidinsauren Alkalien. Die Vortheile, welche die Anwendung







dieses Präparates bot, waren die absolute Schmerzlosigkeit der Injection und die weit geringere Empfindlichkeit in der sogenannten zweiten Schmerzperiode, welche 3—9 Stunden post injectionem beginnt und bei Verwendung der bisher üblichen Präparate bis 24 Stunden und darüber anhält. Eine Reizung der Nieren trat selten, eine solche des Darmes nie auf. Verf. sah günstige Beeinflussung von Affectionen der oberen Luftwege durch Cocaincantharidat, vor Allem bei Tuberculose der Nase und des Kehlkopfes; auch bei Lungen-, Haut-, Knochen-, Drüsentuberculose sah er günstige Wirkung. Contraindicirt ist die Anwendung bei weit vorgeschrittener Tuberculose, sowie die directe Application am Locus affectus.

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Franke, Dr. med. Carl,* Die menschliche Zelle. Grundzüge ihres Daseins und ihrer Gesundheitspflege, Cellularbiologie und Cellularhygiene. Mit 2 Tafeln und 40 Abbildungen. Leipzig 1891, Verlag von Georg Thieme.

*Krüche, Dr. med. Arno,* prakt. Arzt und Besitzer der physikalischen Heilanstalt zu München, Specielle Chirurgie, ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte. VIII. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 50 Abbildungen. Leipzig 1893, Ambr. Abel (Arthur Meiner).

*Looss, Dr. Arthur,* Privatdocent an der Universität Leipzig, Schmarotzerthum in der Thierwelt. (Zoologische Vorträge, herausgegeben von *William Marshall,* Professor an der Universität Leipzig.) Leipzig 1892, Verlag von Richard Freese.

*Noorden, Dr. Carl von,* Ueber den Stoffwechsel der Magenkranken und seine Ansprüche an die Therapie. (Berliner Klinik, herausgegeben von den Proff. Dr. *E. Hahn* und *Fürbringer.* 1893. I. Heft.) Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung.

*Reinhold Hermann,* Ueber die Anwendung des Ichthyols in der Frauenheilkunde. (Inaugural-Dissertation der Universität Strassburg.) Görlitz 1892.

*Ricinus, Dr.,* Was ist Krankheit? Beiträge zur Lösung dieser Frage für Aerzte und denkende Laien. 1892, Selbstverlag des Verfassers. Für den Buchhandel bei H. Buchwald in Birnbaum.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.



Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.





# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

144. ***Wandermilz.*** *Von Dr.* ***Soldan*** *und Dr.* ***Schneider*** *beobachtet und von Prof.* ***Marchand*** *anatomisch demonstrirt. Aerztlicher Verein zu Marburg. (Berliner klin. Wochenschr. 2. Januar 1893.)*

Dieser Fall von Wandermilz betraf eine 32jährige Frau, welche früher lange an Malaria gelitten, worauf sich die stark vergrösserte Milz herabgesenkt hatte, ein Ereigniss, das in solchen Fällen öfters vorkommt. Vor dem Tode war wiederholt Blutbrechen eingetreten. ohne dass die ursächliche Stelle gefunden werden konnte. Die Section ergab nach *Marchand* das Fehlen der Milz an der normalen Stelle. In der Ileocöcalgegend wurde ein fester, gelber. höckeriger Körper — die völlig necrotische, geschrumpfte Milz, mit dem Processus vermiformis und dem Ligamentum latum verwachsen, gefunden. Ein Rest der Arteria und Vena lienalis, beide obliterirt und an den Enden fadenförmig verdünnt, wurde nachgewiesen. Am Magen und Pancreas wurden gleichfalls die stark verdünnten oberen Enden der beiden Gefässe gesehen, sie liessen sich bis zu den durchgängigen Gefässstämmen verfolgen. Das Necrotischwerden der Milz war durch Zerrung und Obliteration der Gefässe erklärt.

*Hausmann*, Meran.

145. ***Digitalis als Mittel bei der Stenosis des Ostium der Aorta.*** *Von* ***Broadbent.*** *(The Brit. med. Journ. 1892. Nov. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 3.)*

Nach Verf. ist die Stenose des Aortenostiums ein ernstlicherer Zustand als im Allgemeinen angenommen wird, wenn man nur die Fälle in Erwägung zieht, bei denen die Verengerung eine materielle ist und nicht bei jedem systolischen Aortengeräusch die Gegenwart einer Stenosis als vorhanden erachtet. Die Aortenstenose führt ebenso wie die Insufficienz der Aortenklappen in zweierlei Art zum letalen Ausgange — direct durch Einschränkung des Zuflusses arteriellen Blutes und indirect durch Entwicklung eines Zurückdruckes der Lungen- und Venencirculation mittelst der Intervention einer Erweiterung des linken Ventrikels. Basiren die Symptome auf dieser letzteren, so werden sie durch Digitalis beseitigt. Weniger günstig wirkt dann das Mittel bei direct durch Stenose verursachten Symptomen als bei den durch Insufficienz der Klappen entstandenen, und kann der linke Ventrikel in Folge anregender Substanzen, die das Blut durch das stenosirte Orificium treiben soll, Störungen erleiden. Eine erheblichere Besserung wird häufig durch Relaxation der kleinen Arterien mittelst Nitroglycerin erzielt, da dasselbe den Widerstand des arteriellen Capillarsystems gegen die ganze Herzaction herabsetzt.





146. ***Einfluss des Höhenklimas auf dyspeptische Erscheinungen.*** *Von* ***Jaworski.*** *(Gaz. lekarska. 1892. 19. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 1.)*

Bei Gelegenheit eines längeren Aufenthaltes in einem der höchst gelegenen Sanatorien — Dr. *Turban*, Davos — unterzog Verf. eine grössere Anzahl dyspeptischer Kranker, vorwiegend Tuberculöser, einer genauen Controle. Alle Patienten lebten in Davos unter denselben klimatischen (630 Mm. Luftdruck), hygienischen und diätetischen Bedingungen. Eine specifische Behandlung der Magensymptome wurde nur in den dringendsten Fällen durchgeführt, und auch diese nur symptomatisch. Die Beobachtungsdauer beträgt mehrere (3—10) Monate. Unter 44 an „Dyspepsie" Leidenden waren 35 mit Tuberkelbacillen, während bei 9 Kranken Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen werden konnten. Bei 12 Kranken waren nebst den dyspeptischen Erscheinungen noch neurasthenische (8), respective hysterische (4) Symptome zu constatiren. Beim Verlassen der Anstalt waren die dyspeptischen Erscheinungen

| | | | |
|---|---|---|---|
| geschwunden bei | 30 (24 mit, 6 ohne Bacill.) | 3 Neurasth. | 2 Hyster. |
| bedeutend gebessert bei | 9 ( 8 „ 1 „ „ ) | 2 „ | 1 „ |
| unverändert bei | 6 ( 3 „ 2 „ „ ) | 3 „ | 1 „ |
| Summa | 44 Kranke | | |

Die Beschwerden dieser Patienten betrafen: *a)* bei 42 Appetitlosigkeit oder Ekel vor Speisen, in Verbindung mit Uebelkeiten; *b)* bei 12 Patienten Magendruck, der in 5 Fällen schwand, in 5 Fällen sich verminderte und bei 2 Kranken unverändert bestand; *c)* bei 2 Kranken waren heftige Magenschmerzen, die ganz verschwanden; *d)* Erbrechen bei 5 Patienten; darunter vollkommenes Aufhören des Erbrechens in 3 Fällen, in 1 Falle wurde das Erbrechen seltener und in 1 bestand es unverändert fort. In keinem der oben angeführten Fälle wurden schwerere anatomische Veränderungen des Magens diagnosticirt; es waren dies zumeist Fälle, die man gewöhnlich in der Praxis mit Dyspepsie bezeichnet. Sondenuntersuchungen wurden nicht vorgenommen. Eine beigefügte Zahlentabelle zeigt fast ausnahmslos bei allen dyspeptischen Kranken der Anstalt eine bedeutende Zunahme des Körpergewichtes. Verf. betont, dass die angeführten günstigen Resultate Kranke betreffen, die vorher in Ebenen wohnten, den besseren Ständen angehörten, mithin hygienisch gut situirt waren und denen auch ärztliche Hilfe zu Hause zu Gebote stand. Der specifisch günstige Einfluss des Höhenklimas ist also evident; wiewohl auch der ärztlichen Anstaltsbehandlung ein bedeutender Einfluss zuerkannt werden muss, glaubt Verf. bestimmt behaupten zu können, dass alle Methoden der Mastcuren im Höhenklima die glänzendsten Erfolge haben. Die citirten Krankengeschichten des Verf. bilden in der That sprechende Belege. In 25 Fällen von Darmleiden bei nicht fiebernden Kranken (15 Stuhlverstopfung, 9 Diarrhoe, 4 Hämorrhoiden) wurden fast alle Fälle mit Diarrhoe-, respective Hämorrhoidalblutungen bedeutend gebessert, und zwar nachweislich durch den Aufenthalt im Höhenklima. Theoretisch glaubt Verf. den günstigen Einfluss des Höhenklimas auf die in Rede stehenden Affectionen dem bedeutenden Wasserverluste vindiciren zu müssen. Wiewohl eine bessere Ernährung der Magen-, respective Darmmuscularis nicht auszuschliessen

ist, wiewohl auch die Circulationsbedingungen bei weitem günstiger sich im Höhenklima gestalten *(Jourdanet)*, wiewohl endlich eine bedeutende Anregung der Nervenenden sehr wahrscheinlich erscheint und sogar *Egger's* Zählungen eine 10%ige Zunahme der rothen Blutkörperchenmenge nachwiesen, glaubt dennoch Verf., dass die Hauptrolle dem Wasserverluste — durch Lunge und Haut — gebührt, was sich durch vermehrten Durst, Trockenheit der Haut, Verschwinden der Schweisse, Harnverminderung, rasche Resorption der Exsudate etc. deutlich kundgibt. Aus denselben Gründen vertragen auch Kranke in Davos bedeutende Mengen flüssiger Nahrung (in vielen Fällen über 4 Liter) ohne Beschwerden.

Verf. bespricht zum Schlusse die Möglichkeit eines Einwandes, und zwar dass vielleicht die Reaction in Fällen von Dyspepsie ohne Tuberculose eine andere wäre. Dieser Einwand wäre nicht stichhaltig. Die dyspeptischen Symptome der nicht fiebernden tuberculösen Kranken zeigten nichts Specifisches, wie überhaupt Verf., gestützt auf eigene und zahlreiche Literaturangaben, den Zusammenhang beider Leiden für einen losen betrachtet, wiewohl Dyspepsie den Organismus empfänglicher für das Tuberkelgift mache. Deshalb glaubt Verf. die beobachteten Fälle von Dyspepsie, bei nicht fiebernden mit Tuberculose behafteten Kranken, als gleichwerthig in Betreff der Reaction auf das Höhenklima, mit Fällen gewöhnlicher, durch Tuberculose nicht complicirter Dyspepsie annehmen zu können. Für die Annahme spricht auch der Umstand, dass bei nicht tuberculösen Dyspeptikern — und diese bilden 1/5 aller oben angeführten Fälle — der Verlauf der Dyspepsie eben derselbe war.

147. ***Ueber Verwendung des galvanischen Stromes zur Untersuchung der Secrete und Excrete.*** *Von **Ferdinand Winkler** und **Isidor Fischer**, Wien. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 1.)*

Die Verff. geben ein Verfahren an, das mit Hilfe des galvanischen Stromes in kürzester Zeit ein zur mikroskopischen Untersuchung brauchbares Harnsediment gewinnen lässt. An den Polen einer Batterie (2 Zinkkohleelemente, circa 200 Milliampère) werden zwei gewöhnliche Eisendrähte eingeschaltet und mit den freien Enden in einen die Flüssigkeit enthaltenden Glaskolben geführt, der je nach der verwendeten Harnmenge verschieden gross ist. Man hat hierbei blos die Vorsicht anzuwenden, dass nicht durch Berührung beider Drähte ein kurzer Stromschluss erzeugt wird; dies kann man dadurch vermeiden, dass man die Drähte durch einen Kork steckt oder einen Wattebausch zwischen die Drähte legt; dann kann man die ganze Anordnung sich selbst überlassen. Je nach der Stärke des gerade zur Verfügung stehenden Stromes genügen 5—10 Minuten zur Gewinnung des Sedimentes. Durch den Vorgang der Elektrolyse tritt bekanntlich eine Gasbildung auf; die Gasblasen bilden im Halse des Kolbens eine Saumschicht, unter welcher eine trübe Schicht auftritt; aus dieser trüben Schicht entnimmt man mittelst einer feinen, dünnen Pipette das Sediment. Das Glasrohr wird von dem aussen anhaftenden Schaume durch Abwischen befreit und dann ein Tropfen in der gewöhnlichen Weise auf den Objectträger gebracht. Die Ausscheidung von Eisenoxydhydrat bei Anwendung von Eisendrähten kommt bei der Unter-





suchung des Sedimentes nicht in Betracht, höchstens insofern, dass die Drähte mit der Zeit abgenutzt werden; für den chemischen Theil der Untersuchungen haben die Verff. Platin angewendet. Wenn man nur wenig Harn zur Untersuchung verwenden will, lässt sich auch eine Eprouvette benutzen; dabei ist aber die Möglichkeit, dass sich die Drähte berühren und einen kurzen Stromschluss herstellen, grösser als bei der Verwendung eines Kolbens. Das Verfahren hat vor der Centrifuge den Vorzug der Einfachheit des Instrumentariums, ferner ist man mittelst des galvanischen Stromes im Stande, beliebige Harnmengen zur Gewinnung des Sedimentes zu verwenden, während bei der Centrifuge nur 10—15 Ccm. zur Verfügung stehen. Die Verff. erhielten auch bei ganz klaren Harnen immer eine trübe Schicht, der sie das Sediment entnehmen konnten. Es gelang öfter, auch in klaren Harnen bei ganz normalen Individuen vereinzelte Cylinder aufzufinden; rothe und weisse Blutkörperchen bildeten einen ziemlich regelmässigen Befund.

Eine wesentliche Unterstützung bei der Untersuchung auf Protisten im Harne liegt in der galvanotropischen Wirkung des Stromes, indem sich die Protozoen an der Kathode ansammeln. Es ist also durch die Methode der Verff. die Auffindung der Amöben im Harne bedeutend erleichtert. Auch die im Harne etwa vorhandenen Spermatozoen kommen in dem nach dieser Methode gewonnenen Sedimente leicht zur Ansicht. Was die chemischen Veränderungen betrifft, welche die Einleitung des galvanischen Stromes im Harne hervorbringt, beobachteten die Verff., dass durch Einleitung des galvanischen Stromes die Harnsäure und ihre Salze vollständig aus dem Harne gefällt werden. — Im Uebrigen kommen die chemischen Umsetzungen, welche die Durchleitung des galvanischen Stromes während 10—15 Minuten herbeiführt, für die Sedimentirungszwecke nur in ganz untergeordnetem Masse in Betracht. Die Ausscheidung der Urate stört bei der kurzen, zur Sedimentirung nothwendigen Zeit und dem relativ schwachen Strome das mikroskopische Bild keineswegs und ist nicht dazu angethan, über die Menge der im Harnsedimente vorkommenden Urate zu täuschen; Harne, welche an Uraten reich sind, fallen auch bei dieser Methode sofort auf. Freilich ist das Sedimentbild anders, wenn der nach längerer Einleitung sich zu Boden senkende Niederschlag untersucht wird; dieser Niederschlag ist an Uraten ausserordentlich reich, trotz der deutlichen Sichtbarkeit der zelligen Elemente stört die Masse der ausgefällten Urate den Eindruck des mikroskopischen Bildes. Eine andere Störung erfährt das Bild bei der Untersuchung des Schaumes, der sich an der Oberfläche der Flüssigkeit ansammelt. Die Beobachtung, dass es der aufsteigende Gasstrom sei, welcher die zelligen Elemente nach aufwärts treibt, musste die Verf. zu einem Vergleiche des Schaumes mit der unterhalb desselben liegenden trüben Schicht führen. Es zeigte sich nun, was von vornherein zu erwarten war, dass der Schaum ebenfalls zellige Elemente enthält, dass aber hier die zahlreichen Luftblasen die Untersuchung erschweren. Ein Einwand, den man weiter machen könnte, läge darin, dass in eiweissreichen Harnen durch die Einleitung des galvanischen Stromes das Eiweiss coagulirt werden könnte; dieser Einwand findet seine Entkräftigung darin, dass die



Elektrolyse nur concentrirte Eiweisslösungen zur Coagulation bringt. Auf die zelligen Elemente übt die Einleitung des galvanischen Stromes keine verändernde Wirkung aus. Die Blutkörperchen behalten ihre normale Form, die Epithelien zeigen trotz der Durchleitung des galvanischen Stromes keine Missstaltungen, und die Bacterien des Harnes werden selbst ihrer Bewegungsfähigkeit nicht beraubt; die keimtödtende Wirkung tritt erst bei bedeutenden Stromstärken auf. Das geschilderte Verfahren gibt aber auch bei der Untersuchung der Sputa und der Fäces vortreffliche Resultate. Zur Untersuchung der zelligen Elemente im Sputum wird man wohl immer das vorhandene Material direct in Verwendung ziehen. Der Sedimentator wird hauptsächlich zur Untersuchung auf Mikroorganismen benutzt, insbesondere bei solchen Sputis, welche an corpusculären Elementen arm sind, also kein Material enthalten, welches Bacillendepots einschliesst und zur Deckglasmethode geeignet wäre. In Bezug auf diese Untersuchungen liefert die elektrolytische Methode gegenüber der Centrifugirung bedeutend schönere Resultate.

Man verflüssigt das Sputum durch 15 Minuten dauerndes Erhitzen des mit Natronlauge versetzten Sputums im Dampfbade, das Centrifugiren veranlasst nun eine innige Mengung der Mikroorganismen mit den Gerinnungs- und Detritusmassen, welche durch das Kochen mit der alkalischen Flüssigkeit entstanden sind; bei dem Verfahren der Verff. sinken aber, wenn man den galvanischen Strom nur etwas länger, also etwa 15 Minuten, einleitet, die Detritusmassen in Folge ihres bedeutenderen Gewichtes leichter zu Boden als die Mikroorganismen, und man erhält nun unter der Schaumschicht hauptsächlich die Bacterien, auf die es hier besonders ankommt. Aehnlich verhält es sich mit den durch Wasser oder 5%ige Carbollösung verdünnten Fäces, wenn man nicht Werth darauf legt, die nach *Herz* auch diagnostisch wichtige Schichtung zu erhalten, sondern wenn man hauptsächlich die in den Fäces vorhandenen Mikroorganismen untersuchen will. Was die im Darminhalt vorkommenden Protozoen betrifft, wird sich auch hier das neue Verfahren leicht entscheiden lassen, ob der Befund von Amöben auch bei gesunden Individuen ein häufiges Vorkommen ist. Aehnlich wie beim Sputum wird ferner bei der Untersuchung auf Mikroorganismen in halbflüssigen oder bröckligen ausgelöffelten Massen aus Organen und Gewebstheilen verfahren werden können. Zum Schlusse berichten die Verff. über eine therapeutisch wichtige Beobachtung, die sie bei der Untersuchung des Harnes machten. Die Einleitung des galvanischen Stromes in Harne, welche in der Temperatur des menschlichen Körpers gehalten wurden, ergab, dass die Ausscheidung der Urate durch die Wärme zwar vermindert, aber nicht ganz aufgehoben war. Es dürfte sich dabei um eine Beeinflussung der Elektrolyse durch die erhöhte Temperatur handeln, die auch von *Kohlrausch* beobachtet worden ist. Die Ausscheidung von Uraten in der Wärme gestattet nun den Rückschluss, dass die Einführung beider Elektroden in die Blase, wie sie früher behufs Anflösung von Harnsteinen geübt wurde, sowie die Elektrolyse von Harnröhrenstricturen mit Einführung beider Pole, wie sie in neuerer Zeit vorgeschlagen wurde, keineswegs als ganz



gleichgiltig betrachtet werden darf, da sie zum Entstehen von Harnsäureconcrementen Veranlassung geben kann. *Loebisch.*

148. ***Le tabes médullaire, conditions étiologiques et pathogéniques, ses rapports avec la syphilis.*** Von *Lancereaux.* *(Le Mercredi méd. 1892. 45. 9. November. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893.)*

Anknüpfend an fünf vorgestellte Kranke, bei denen alkoholische und syphilitische Antecedentien nicht vorhanden waren, bespricht Verf. zuerst die Aetiologie der Tabes. Er ist der Ansicht, dass neuropathische Belastung, Ueberanstrengung des Nervensystems und Gelegenheitsursachen (Erkältung, Anstrengung, Trauma etc.) die ursächlichen Momente für die Entstehung dieses Leidens abgeben. Er weist sodann nach, dass die statistischen Erhebungen über das gleichzeitige Vorkommen von Syphilis und Tabes. wie sie in erster Linie *Erb* und *Fournier* aufgestellt haben, ohne jeglichen wissenschaftlichen Werth sind, wie überhaupt alle Statistik in der Medicin. Weiter bespricht Verf. die vermeintlichen Beziehungen zwischen beiden Krankheiten und kommt hierbei zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Tabes ist nach der augenblicklich am meisten üblichen Auffassung eine Krankheit, die sich speciell auf die sensiblen Nervenfasern localisirt und von den Wurzeln und Nervensträngen aus allmälig auf die sensiblen Bündel des Rückenmarks und Gehirns übergeht. Sie ist somit nicht nur ein symmetrisch auftretendes, sondern auch ein systematisirtes Leiden, insofern es sich auf ein System von Fasern bezieht, deren Entwicklung während der embryonalen Periode eine gleichzeitige ist *(Flechsig).* — Anders verhält es sich dagegen mit der Syphilis. Hier wird die sensible Nervenfaser nie ursprünglich ergriffen; vielmehr nimmt die Thätigkeit des syphilitischen Giftes zum Angriffspunkt die lymphatischen Elemente. So charakterisirt sich das primäre Stadium durch eine Veränderung der Alveolen, Gefässe und Lymphdrüsen; das secundäre durch dieselben Läsionen und durch den Ausbruch eines Exanthems, das zum Sitz das oberflächliche Gewebe der Haut, die Mandeln, die Milz etc. hat; das dritte Stadium durch ulceröse oder gummöse Läsionen, die zum Ausgangspunkt dasselbe System und im ganz Besonderen die Lymphscheiden der Blutgefässe nimmt. Auch wenn das Nervensystem bei Syphilis ergriffen ist, so wird man stets finden, dass die Elemente, welche ein Gumma etc. zusammensetzen, in dem Stroma des arteriellen Gefässes auftreten und die Nervenfaser oder Zelle ursprünglich intact lassen, die nur secundär ergriffen werden. Der histologische Sitz der tabischen und der syphilitischen Veränderung ist ein grundverschiedener. 2. Auch der anatomische Sitz beider Leiden ist ein sehr verschiedener. Die Tabesläsion ist immer symmetrisch und befällt progressiv die Hinterstränge des Rückenmarks, die der Syphilis dagegen ist eine unsymmetrische und disseminirte. 3. Der Verlauf der Tabes unterscheidet sich deutlich von dem der Syphilis. Die Tabes nimmt eine beständig progressive Fortentwicklung; sie breitet sich in der Richtung der sensiblen Nervenfaser aus und zeigt wenig Neigung, stationär zu bleiben oder gar zurückzugehen. 4. Tabes und Myelitis syphilitischer Natur unterscheiden sich deutlich hinsichtlich ihrer mikroskopi-



schen Structur von einander. Vergleiche hierüber das Original. 5. Dieser grundverschiedenen anatomischen Beschaffenheit entsprechen auch die klinischen Erscheinungen beider Erkrankungen. Tabes manifestirt sich durch Störungen der Sensibilität, foudroyante Schmerzen, Uncoordination der unteren Extremitäten etc.; Myelitis syphilitica durch Paraplegie mit und ohne Contractur und geht recht häufig ohne Störung der Sensibilität einher. 6. Die therapeutischen Erfolge, die man zur Begründung der Verwandtschaft zwischen Tabes und Syphilis angeführt hat, sind ohne Werth. Jodkali z. B. ist bei Tabes vollständig wirkungslos. Uebrigens werden die Erscheinungen der Tabes durch Quecksilbercur höchstens gebessert und erscheinen wieder; dahingegen gehen Erscheinungen von Seiten der Syphilis auf dieses Medicament stets zurück und erscheinen nicht wieder. Demnach ist man nicht berechtigt, eine Beziehung zwischen Tabes und Syphilis anzunehmen.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

149. ***Ueber die Wirkung der der aromatischen Reihe zugehörigen Antipyretica auf das Blut.*** *Von M. Schmidt, Nancy. (Revue méd. de l'Est. 1892. — Les nouv. remèdes. 1893. 1.)*

In Folge zweier Fälle von schweren Intoxicationen durch Acetylphenylhydrazin studirte der Verf. die Wirkung von 14 antipyretischen Mitteln der aromatischen Reihe auf das Blut. Die Versuche wurden an gesunden und experimentell fieberhaft gemachten Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden ausgeführt. Er fand, dass alle von ihm studirten Antipyretica das Blut verändern, und zwar bewirken sie, indem sie entweder an das Hämoglobin Sauerstoff fixiren oder das Oxyhämoglobin in Methämoglobin umwandeln, eine Abnahme der respiratorischen Capacität des Blutes und selbst eine Zerstörung der Blutkörperchen. Diese Veränderungen variiren nach Art und Dosis des angewandten Mittels und sind im Zusammenhang mit der Zeit der Temperaturerniedrigung und mit dem Grade dieser. Man kann diese Antipyretica in drei Gruppen eintheilen: 1. Solche, welche in mittlerer Gabe (bei welcher ein Temperaturabfall von 1—3° C. eintritt) blos eine Fixation des Sauerstoffes an das Hämoglobin bewirken: Antipyrin, Phenacetin. 2. In solche, die in mittlerer Gabe nur eine intraglobuläre Methämoglobinämie bewirken: Anissäure, Thallin, Antithermin, Kairin, Exalgin, Methacetin, Acetylamidophenol. 3. Solche, welche in mittleren wiederholten Gaben Methämoglobinämie mit Zerstörung der Blutkörperchen verursachen: Anilide, Acetanilid, Benzanilid, Formanilid, Methylformanilid und Pyrodin. In dieser Gruppirung ergibt sich beinahe eine aufsteigende Reihe von antithermischen Mitteln und eine absteigende der Analgetica. Verf. zieht für die Praxis den Schluss, dass die aromatischen Nervina ausgezeichnete Analgetica bei Individuen mit intacten und gesunden Blutkörperchen sein können; als Antithermica ist ihr Werth ein geringer, zumeist werden sie durch ihren toxischen Einfluss auf das Blut gefährlich.



Sie sind insbesondere bei Anämien contraindicirt, bei welchen Abnahme von Hämoglobin und der Zahl der Blutkörperchen vorkommt, auch im febrilen Stadium, in dem die Vulnerabilität der rothen Blutkörperchen durch das Fieber selbst gesteigert ist. Doch da ihr Einfluss auf die Blutkörperchen nur von kurzer Dauer ist, kann man sie vorübergehend bei Hyperpyrexie anwenden, um die Temperatur herabzusetzen, wobei man sich jener bedient, welche auf das Blut weniger einwirken: Phenacetin und Antipyrin.

*Loebisch.*

150. ***Die Behandlung der Gallensteinkolik.*** ***Von Dr. Colladon.*** *(Journ. de méd. de Paris. 1892. 49. — Allg. med. Central-Ztg. 1892. 4.)*

Verf. veröffentlicht auf Grund eigener Erfahrungen die Wirkung einzelner von ihm an sich selber erprobter Heilmethoden. Die bei Leberkolik vorgeschlagenen Medicamente wechseln je nach den drei Perioden des Leidens, der Prodrome, des Acmestadiums und des Stadiums der Abnahme der Kolik. Während der Prodrome beobachtete Verf. an sich eine eigenthümliche Schlafsucht, allgemeine Abgeschlagenheit, die sich selbst nach einer gut verbrachten Nacht einstellte. Ausserdem irregulären Puls, Heisshunger. Leere im Epigastrium, ferner Uebelkeit und ein gewisses Contractionsgefühl im Pharynx, Aufstossen und Blähung: hierauf Polyurie. Im Anschluss hieran stellten sich Beängstigungen im Hypochondrium ein, das Abdomen erscheint aufgetrieben, und schliesslich wird die Gallenblase empfindlich auf Druck. In der Regel tritt einige Stunden vor Beginn des Anfalles das Bedürfniss der Stuhlentleerung auf. Die Behandlung dieser Symptome ist rein exspectativ; Abführmittel und Brechmittel sind geradezu schädlich, vielmehr ist das rationellste Mittel physische und intellectuelle Ruhe. Die Ernährung besteht in Peptonen, magerer Bouillon, zerhacktem mageren Fleische, Reis, Fleischgelée, Früchten, alles in geringer Menge. Als Getränke: Thee, sowie kohlensäurehaltiges Wasser. Während des Stadiums der Acme verwirft Verf. Morphiuminjectionen, besonders im Beginn des Anfalles. Dieselben begünstigen nach ihm die Steineinklemmung und schweren Complicationen; dagegen empfiehlt Verf. Chloroforminhalation, die unter keinen Umständen die Thätigkeit der Ausscheidungsorgane der Galle herabsetzt, wohl aber die Empfindlichkeit bis auf ein Minimum vermindert. Ein anderes vom Verf. empfohlenes Mittel besteht in der Application von Gummiballons, welche mit sehr heissem Wasser angefüllt sind, auf das Epigastrium; die schmerzlindernde Wirkung derselben ist oft überraschend. In der Periode des Abschwellens der einzelnen Symptome empfiehlt Verf. die Application von Laxantien, um den Darm von Gallenconcretionen zu entlasten, ausserdem empfiehlt Verf. die Anwendung von Cholagoga, unter welchen in erster Reihe Ochsengalle und Podophyllin zu nennen ist. Das letztere Medicament insbesondere führt, wenn in schwacher Dosis mehrere Tage hintereinander gegeben, zur Entleerung dünnflüssiger Stühle und bringt das Contractionsgefühl im rechten Hypochondrium sehr bald zum Verschwinden. Behufs Verhütung der Wiederkehr der Kolikanfälle ist vor Allem strengste Beachtung der Diät nothwendig. Ausserdem empfiehlt Verf. kalte Douche auf das rechte



Hypochondrium, endlich Massage der Regio hypochondrica dextra. Dieselbe kann vom Kranken selbst ausgeführt werden. Dauer einer jeden Sitzung 15 Minuten. 2 Sitzungen täglich.

151. ***Ueber die Ausscheidung subcutan injicirten Morphiums durch den Speichel.*** *Von Julius Rosenthal. Vorläufige Mittheilung. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 1.)*

Die Untersuchungen über den Uebergang des subcutan applicirten Morphiums in die Se- und Excrete des thierischen Organismus, durch welche die interessante Thatsache der Ausscheidung des Alkaloides durch die Magenschleimhaut festgestellt wurde — *Leineweber*, *Marmé*, *Alt*, *Tauber* — haben auffälliger Weise bislang die Speicheldrüsen gänzlich ausser Betracht gelassen. Gerade der Umstand aber, dass die Morphiumausscheidung in so hohem Grade auf die Magenschleimhaut erfolgt, muss a priori die Frage nahelegen, ob und welche Rolle mitverschluckter Speichel bei der Beschaffenheit des Mageninhaltes spielt, ob nicht er allein die Reaction auf Morphium bedinge oder doch wenigstens verstärke. Im Hinblick auf diese theoretischen Erwägungen unternahm Verf. auf Anregung des Prof. *Rosenbach* die Prüfung des Speichels nach Morphiuminjectionen. Er zeigte durch Untersuchungen, dass 1. Morphium durch den Speichel in nicht unbeträchtlicher Quantität ausgeschieden wird; 2. dass das Morphium sich im Körper aufhäufen kann; 3. dass der positive Ausfall der Reaction und die quantitative Bestimmung des im Mageninhalte enthaltenen Morphiums keinen directen Schluss auf die Menge des durch die Magenthätigkeit abgesonderten Morphiums zulässt; endlich mag 4. noch darauf hingewiesen werden, dass bei Verdacht auf Morphiumintoxication der Gerichtsarzt oder -Chemiker den jedenfalls leichter als Mageninhalt zu erlangenden Speichel mit Aussicht auf Erfolg zum Gegenstande seiner Untersuchungen machen kann.

152. ***Antiseptische, locale Behandlung der Lungenphthise durch gasförmige Jodoform- und Jodterpentininhalationen.*** *Von Delthil. (Journal de méd. de Paris. 1892. 37. — Allg. med. Centralbl. 1892.)*

Nach Verf. hat man in jüngster Zeit mit Unrecht die locale Behandlung der Lungenphthise gegenüber den mannigfaltigen in Vorschlag gebrachten und häufig sehr schnell wieder aufgegebenen allgemeinen Behandlungsmethoden verlassen. Die Methode Verf.'s bezweckt somit, durch Application localer Antiseptica den destructiven Process in der Lunge zum Stillstand zu bringen. Es ist in hohem Grade wahrscheinlich und durch eine Reihe von Experimenten analoger Art erwiesen, dass die Schleimhaut der Respirationsorgane annähernd ebenso resorptionsfähig für gasförmige Bestandtheile ist, wie die des Magendarmtractus, ja, die Bedingungen sind dort zum Theile noch günstigere, als hier. In erster Reihe stehen bezüglich ihrer therapeutischen Verwendbarkeit in dieser Hinsicht die „ölig-harzigen Körper" wegen ihrer leichten Ueberführbarkeit in einen gasförmigen Zustand. Vor dem Kreosot besitzen die Terpentindämpfe beispielsweise den Vorzug ihrer durchaus local beschränkten Wirksamkeit, sowie den einer relativen chemischen Reinheit. Gerade dieser letztere Umstand ist im Hinblick auf die wechselnde Zusammensetzung der verschiedenen



Kreosotarten je nach der Art ihrer Abstammung und Zubereitung von wesentlicher Bedeutung. Die von ihm hier seit einer Reihe von Jahren erzielten Erfolge haben denselben veranlasst, in ähnlicher Weise auf den destructiven Process bei Lungenphthise einzuwirken und durch Verbindung dieser Dämpfe mit anderen als antituberculöse Medicamente erprobten Stoffen (Jod, Jodoform, Jodol) die Wirkung noch zu verstärken. Zur Anwendung gelangten folgende Mischungen:

| | | |
|---|---|---|
| Ol. terebinthinae | 350 Grm. | |
| Ol. Lavand. | 100 Grm. | |
| Jodoform | 9—10 Grm. | (resp. Jodol 8—10 Grm.) |
| Aeth. sulf. | 20 Grm. | |

Diese Mischungen werden in eine mit doppelt durchbohrtem Korken versehene weithalsige Flasche, welche durch den Kork hindurch mit Röhren armirt ist, hineingefüllt und vermittelst einer passenden, mit einer der Glasröhren verbundenen Gummiröhre, an deren Ende sich eine Inhalirmaske befindet, eingeathmet. Die Mischung wird etwa alle 8—10 Tage erneuert. Die Inhalationen werden täglich 3—4mal, am besten Morgens und Abends, sowie nach Spaziergängen gemacht, jedesmal 15—20 Minuten hindurch fortgesetzt. Behufs Erzielung einer intensiveren Verdunstung kann man die Mixtur enthaltende Flasche zweckmässig in ein Wasserbad (30° C. warm) stellen. Um die Jodentwicklung zu steigern, ist es ausserdem von Vortheil, alle 2 Tage der Mischung 1—2 Grm. Jodoform oder Jodol hinzuzufügen. Das ausserdem beigefügte Lavendelöl dient zur Desodorirung der Jod-, respective Jodoformdämpfe. Im Falle, dass sich dies in hinreichender Weise nicht erreichen lässt, tritt das geruchlose Jodol an die Stelle des Jods oder des Jodoforms. Wie sich Verf. durch fortgesetzte Prüfung des Harns auf Jod überzeugt hat, wird dies zusammen mit dem Kreosot in ausgiebigster Weise resorbirt. Zuvor übt das Jod, in Verbindung mit dem Kreosot, in Folge seiner eiweissfällenden Eigenschaften auf das Protoplasma der Zellen, mit denen es in Contact tritt, eine immobilisirende, fixirende Wirkung aus, während gleichzeitig durch die Joddämpfe diese Wirkung im Sinne einer äusserst wirksamen Desinfection verstärkt wirkt. In besonders charakteristischer Weise documentirt sich diese Wirkung in dem Einflusse auf die Tuberkelbacillen. Letztere nehmen eine aufgequollene Gestalt an; sie verkürzen sich in ihrer Länge, während ihre Breite um das Doppelte der Norm zunimmt. Sie werden schliesslich seltener und verschwinden endlich ganz im Sputum. Gleichzeitig wird der zuvor oft quälende Husten leichter, das Sputum weniger zähflüssig, und zum Schluss beobachtet man nicht selten ein gänzliches Aufhören der Expectoration. Hand in Hand hiermit geht nach den Beobachtungen des Verf. eine Besserung des Allgemeinbefindens und eine Zunahme des Appetits, während in Folge des gleichzeitig sich bessernden Schlafes die oft so charakteristische nervöse Depression der Patienten nachlässt.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

**153. *Zur Radicaloperation des freien Leistenbruches.*** *Von Prof. **Wölfler**. („Beiträge zur Chirurgie." Festschrift, Theodor Billroth gewidmet. Stuttgart 1892. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1892. 12.)*

Die Methode Verf.'s besteht wie die *Bassini's* in ihrem Wesen in exacter Vereinigung sämmtlicher Schichten des Leistencanales. Die einzelnen Acte der Operation sind: 1. Blosslegung der äusseren Bruchpforte; 2. Blosslegung des äusseren Leistencanales, des Samenstranges, des Bruchsackes und der inneren Bruchpforte; 3. Verschluss des Bruchsackhalses und Zerstörung der inneren Fläche des Bruchsackes; 4. Dislocation des Samenstranges; 5. Verengerung, respective Beseitigung des Bruchcanales (Naht der Muskelschichten). Die einzelnen Phasen der Operation sind durch instructive Zeichnungen illustrirt. Ein 6—7 Cm. langer Hautschnitt legt die äussere Bruchpforte bloss, die Leistenpfeiler sollen bis zu ihrer Insertion am Schambein sichtbar gemacht werden. Hierauf wird in der Richtung des Hautschnittes — ganz wie bei *Bassini* — die Aponeurose des Obliquus externus durchtrennt, wodurch der an der Aussenseite des Obliquus internus gelegene Spalt freigelegt wird. Nach Freilegung des Bruchsackes wird dieser gespalten, die Spaltränder mit Pinces armirt. Durch Beckenhochlagerung wird nun ein Vorfallen der Därme vermieden und der Hals des Bruchsackes von innen her entweder mittelst der sogenannten Tabaksbeutelnaht oder mittelst Knopfnaht geschlossen, worauf die Verschorfung der Innen-, respective Serosafläche des Bruchsackes mit dem *Paquelin*'schen Thermokauter erfolgt. Lässt sich der Bruchsack sehr leicht von seiner Unterlage loslösen, so wird der vor der Sutur gelegene Theil desselben abgetrennt, wenn nicht, so wird der verschorfte Bruchsack zugenäht und in seiner Lage belassen. Nun erfolgt die Dislocation des Samenstranges aus dem Leistencanale, um eine exacte Vereinigung dieses durch die Naht erzielen zu können. Der Hode wird aus dem Scrotum herausgezogen; hierauf am äusseren Rande des Musculus rectus die an seine Scheide sich anschmiegende Fascia transversa mit dem Messer durchtrennt, um hinter dem Musculus rectus mit dem Finger einzudringen und die Verbindung desselben mit dem anderen Musculus rectus auf Hodenlänge zu lösen. Sodann wird der Hode sammt Samenstrang, hinter dem Musculus rectus vorbei, durch den Spalt zwischen den beiden Musculi recti herausgezogen und über der vorderen Fläche und dem inneren Leistenpfeiler der äusseren Bruchpforte herab in den Hodensack geführt, wo der Hode an das Gubernaculum fixirt wird. Nach dieser Beseitigung des Samenstranges aus dem Leistencanale kann nun an die vollkommene Naht dieses geschritten werden. An das *Poupart*'sche Band werden angenäht der äussere Rand des Musculus obliquus internus und der äussere Rand des Musculus rectus. Um das letztere zu ermöglichen, wird die Fascie des Musculus rectus vorerst gespalten und der Muskelbauch selbst an das *Poupart*'sche Band genäht. Durch Vernähung der beiden Lappen aus der Fascie des Musculus obliquus externus wird das Ganze gedeckt und die äussere Leistenöffnung eliminirt.



Hierauf folgt Naht der Haut. Die Ergebnisse der Methode werden durch die Krankheitsgeschichten von 58 operirten Fällen illustrirt. Von diesen wurden 6 nach *Czerny* operirt, ein Fall nach *Mac Ewen* und 51 nach Verf.'s Methode. In 86 Procent der Fälle trat Heilung per primam intentionem ein. Die Mortalität betrug 0 Procent. Unter 19 nach $3^1/_2$ Jahren bis 4 Monaten untersuchten Fällen blieben 18 recidivefrei. Sonach trat eine Recidive in ungefähr 5 Procent der untersuchten Fälle ein. Die Apertura externa fand sich nicht immer als vollkommen geschlossen vor, so dass man mit dem Finger in dieselbe eindringen konnte.

154. ***Knochennaht ohne Durchbohrung des Knochens.*** *Von Prof. **Julius Dollinger,** Budapest. (Centralbl. f. Chir. 1893. 2.)*

In dem einen Falle handelte es sich um eine Pseudarthrose des rechten Unterschenkels. Der 43jährige, kräftige und gesunde Mann hatte sich 14 Wochen vor der Operation den rechten Unterschenkel gebrochen. Die Knochen waren elfenbeinartig hart, der Markcanal war eben nur angedeutet, von Callus keine Spur. Das quergebrochene Schienbein nähte Verf. mit Silberdraht nach den üblichen Regeln. Das Wadenbein war an zwei Stellen gebrochen, das lose Mittelstück hatte eine Länge von 8—10 Cm. Bei dem Versuche, dieses ebenfalls sehr harte Mittelstück zu fixiren und zu durchbohren, begann es sich aus dem Perioste zu lösen. Verf. bohrte daher nicht weiter, sondern fixirte die Knochenenden auf folgende Weise an einander: Er befestigte mittelst eines den Knochen ringartig umgebenden Drahtes zwei mit der Längsachse des Knochens parallel liegende Silberdrähte an das obere Bruchende, hierauf brachte er das untere Bruchstück in die gewünschte Lage und befestigte daran die entgegengesetzten Endstücke der zwei Drähte in derselben Weise. Jetzt bog er die Drähte um und drehte die Enden zusammen. Die Vereinigung der Knochen war in 8 Wochen complet. In einem zweiten Falle wendete Verf. dieselbe Sutur an dem Schienbein eines 18jährigen Jungen an, dessen Schien- und Wadenbein er wegen eines in dem ersteren aufgetretenen Osteoidchondroms in der Continuität resecirte. Das obere, an die Geschwulst angrenzende Stück des Schienbeines war elfenbeinartig hart, während das untere so weich war, dass die durchgeführten Drähte einschnitten. Er legte hierauf die eben beschriebene Knochensutur an, welche zur festen Vereinigung führte. *O. R.*

155. ***Worauf beruht der Heileffect der Laparotomie bei Peritonealtuberculose?*** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 2.)*

Die Thatsache, dass Bauchfelltuberculose durch eine Probelaparotomie günstig beeinflusst, ja geheilt wurde, erklärte bekanntlich *Lauenstein* (Centralbl. f. Chir. 1890, pag. 793) durch Einwirkung des Sonnenlichtes und construirte daraus die Methode, bei der genannten Erkrankung den Bauch breit zu eröffnen, den Ascites abzulassen und 10 Minuten lang das Tageslicht in die Gründe des Bauches scheinen zu lassen! Später erklärte *Caspersohn*, dass der Reiz der eindringenden Luft das Wirksame ausmache. Ueberzeugt von der Richtigkeit dieser Anschauung empfiehlt Prof. *v. Mosetig-Moorhof* in der Wiener Presse 1893, Nr. 1, folgende, von ihm in einem Falle erprobte Therapie bei Bauchfelltuberculose: Es wird



der Ascites durch Paracenthese entfernt und durch die Canüle Luft bis zur mässigen Auftreibung der collabirten Bauchwand eingeblasen, und zwar Luft, welche man vorher (mittelst Doppelballon) durch eine Watteschicht und eine *Wulff*'sche Flasche mit warmem Carbolwasser trieb. Reaction nicht sehr bedeutend. Verlauf afebril. Luft ist schon am zweiten Tage resorbirt.

156. ***Vier pädiatrisch-chirurgische Beobachtungen.*** *Von* ***L. Fürst,*** *Leipzig. (Arch. f. Kinderhk. XIV, Heft VI, pag. 422. — Allg. med Central.-Ztg. 1893. 3.)*

Von den vier beschriebenen Fällen (Lymphangioma linguae congenitum; Vereiterung des Antrum Highmori nach Conjunctivitis gonorrhoica; filamentöse Insertion eines Daumens; breitbasige Anheilung; weibliche Epispadie mit Nabelurachusfistel) sei hier über die seltene Complication der Blennorrhoe neonatorum mit Vereiterung des Antrum Highmori berichtet. Dieselbe hatte sich derartig entwickelt, dass etwa drei Wochen nach der Geburt, während eine Blennorrhoe sich in der Besserung befand, eine Eiterung aus dem Thränensack entstand. der sehr bald eine Geschwulstbildung der rechten Wangengegend folgte. Zugleich trat eine eiterige Secretion aus der rechten Nasenhälfte und eine eiternde Fistelöffnung an dem rechten Oberkieferalveolarrand auf. Hier extrahirte ein Arzt zwei Zahnanlagen aus dem Kiefer und schaffte so dem reichlichen Eiter Luft. Während sich in dem Conjunctivaleiter deutlich Gonococcen fanden, zeigte der Eiter des Antrum keine derselben. Der ganze rechte Oberkiefer war in seiner Consistenz erweicht. Das Kind war anämisch, schwach, noch wenig abgemagert. als es in die Behandlung des Verf. kam. Derselbe spaltete die Geschwulst und constatirte, dass auch die Knochensubstanz des Oberkiefers eitrig geschmolzen und erweicht war. Ein Drain wurde eingelegt und der Verband täglich nach sorglicher Ausspülung mit Salicyllösung gewechselt. Am dritten Tage p. op. trat der Tod unter den Erscheinungen des Collaps ein. Die Section ergab die Zerstörung des ganzen rechten Oberkiefers; beiderseitige multiple Abscesse in den Lungen, den Nieren, der Bauchwand, der Leber und dem Herzen.

157. ***Urethroplastik bei einem grossen Defect und einer Fistel der Harnröhre.*** *Von* ***Schüller.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1892. 24. — Centralbl. f. Chir. 1893. 2.)*

Bei einem 30jährigen Mann war in Folge eines perforirenden Harnröhrenschankers eine kleine Fistel dicht hinter der Eichel entstanden. Mehrfache (12—14) anderweitig angestellte Operationsversuche hatten den Erfolg, dass am vorderen Ende der Harnröhre ein grosser, von narbigen Rändern umgebener Defect entstand, von der Grösse, dass ein 5 Pfennigstück hätte hineingelegt werden können. Weiter nach hinten am Schaft des Penis bestand eine feine Fistel. Verf. verfuhr in folgender Weise: Er spaltete die Ränder des Defects beiderseits nach ihrer Längenausdehnung. Diese Längenschnitte wurden seitlich der Fläche noch vertieft, alle spannenden Narben durchtrennt. Nachdem im hinteren Winkel die Längsschnitte sich zu einem vereinigt, waren die Randpartien beiderseits in zwei über einander liegende, leicht verschiebliche Blätter gespalten, von denen die unteren der Harnröhre, die oberen



der Haut angehörten. Darauf wurden zuerst die unteren, dann die oberen Ränder mit einander vernäht. Die Heilung wurde bis auf eine Fistel erreicht; diese wurde zusammen mit der früher schon vorhandenen Fistel in der gleichen Weise operirt; nur wurde zwischen den Haut- und den Schleimhautlappen noch eine Schicht von Bindegewebe stehen gelassen, die zwischen der Haut und der Schleimhaut als mittlere Etage vereinigt wurde. Heilung gelang vollständig. Patient hat geheiratet.

158. ***Ueber operative Eingriffe bei Compression des Rückenmarkes durch Verschiebung der Wirbelkörper.*** *Von Dr.* ***Urban.*** *(Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. Bd. XXI. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 2.)*

Die bisherigen Methoden der operativen Eingriffe bei Verletzungen der Wirbelsäule nahmen blos die Wirbelbögen in Angriff, können also in der Mehrzahl der Fälle, wo die Verschiebung und die Ursache des Druckes in den Wirbelkörpern sitzt, nicht mit Erfolg angewandt werden. Verf. hat eine ausgiebige temporäre Resection von Wirbelbögen bis auf die Wirbelkörper in 2 Fällen ausgeführt und konnte die vorspringende und drückende Kante des Wirbelkörpers entfernen. Die Wirbelbögen werden von einem Querschnitte aus nahe ihrem Ansatz an die Körper mit dem Meissel abgetrennt. Von beiden Enden des Querschnittes ziehen zu beiden Seiten der Processus spinosi zwei parallele Weichtheilschnitte nach unten. In den so gebildeten Lappen kommen die abgetrennten Wirbelbögen zu liegen. Man trennt so lange Bogen für Bogen ab, bis die Bruchstelle frei liegt. Während das Rückenmark sanft bei Seite gedrängt wird, kann man die comprimirenden Vorsprünge der Knochen entfernen. Nach Beendigung der Operation werden die Wirbelbögen wieder an ihre Stelle gesetzt, der Lappen reponirt und durch Nähte fixirt. Verf. berichtet ausführlich über zwei operirte Fälle; beweisend ist blos der zweite Fall. Die temporäre Resection der Wirbelbögen gewährt einen freien vollständigen Einblick in den Wirbelcanal und seinen Inhalt; sowohl die Wirbelbögen als Körper und das Rückenmark in seinem ganzen Umfange werden für die Besichtigung und Betastung frei gelegt. Sie setzt uns in den Stand, die Ursache des Druckes zu entfernen, mag er vom Wirbelkörper, den Bögen oder Rückenmarkshäuten selbst ausgehen. Ferner werden keine unnöthigen Theile geopfert. Nur der drückende Theil wird abgetragen, die normale Richtung des Wirbelcanales hergestellt und die zurückgeschlagenen Wirbelbögen nach beendeter Operation wieder an ihren Platz gebracht. Die Indicationen für die Operation sind: 1. Wirbelbrüche mit Druck auf das Rückenmark. Die Operation soll nicht unmittelbar nach der Verletzung ausgeführt werden, sondern frühestens nach beginnender Consolidation. In der allerersten Zeit wäre die Ruhigstellung der Bruchstücke schwierig. Die treffendste Zeit ist je nach Umständen die 5.—8. Woche, wenn bis dahin die Erscheinungen nicht im Rückgang sind. Ist nach 12 Wochen keine Besserung im Gange, so ist die Operation für jeden Fall angezeigt. Die Brüche der Wirbelkörper geben zunächst die Hauptanzeige für die Operation ab. Ferners ist die Operation zu versuchen 2. bei Neubildungen im Wirbelcanale; 3. bei Spondylitis

tuberculosa, wenn der Process schon mindestens Monate lang zum Stillstand gekommen und keine Abscesse nachweisbar sind; 4. als explorativer Eingriff für alle Fälle von localisirten Druckerscheinungen auf das Rückenmark, um je nach Befund eine Operation anzuschliessen, mag es sich um Neubildungen oder eine andere Erkrankung handeln, die bei abwartender Behandlung erfahrungsgemäss einen ungünstigen Verlauf nimmt.

159. ***Fall von Inversio uteri im 78. Lebensjahre.*** *Von Prof. F. Schauta, Wien. (Arch. f. Gyn. Bd. XVIII, Heft 1, pag. 30.)*

Eine 78jährige Frau, die einmal in ihrem 20. Lebensjahre geboren und seit 30 Jahren nicht mehr menstruirte, klagte darüber. dass ihr seit einem Jahre ein Tumor aus der Vagina hervortrete, der immer grösser werde. Gleichzeitig bestanden seit letzter Zeit Bauch-, sowie Kreuzschmerzen und war das Harnlassen erschwert. Daneben bestanden Blutungen. Die Kranke zog und zerrte fortwährend an dem Tumor, in der Meinung, sich dadurch desselben zu entledigen. Bei genauer Untersuchung zeigte es sich, dass der ganze Uterus mitsammt der Vagina umgestülpt war und der Innenwand des Uterus, entsprechend dem rechten Uterushorne, ein nahezu walnussgrosser fibröser Polyp mit breitem Stiele aufsass. Beide Tubenmündungen lagen bloss da und liessen sich beide Tuben sondiren. Zuerst wurde nur das Myom abgetragen und versucht. den Uterus zu reinvertiren und ihn dann mittelst eines Pessars zu fixiren. Als dies nicht gelang, trug Verf. den invertirten Uterus ab. Er legte an der Grenze zwischen Corpus und Cervix mit der Stielnadel drei fortlaufende Ligaturen an, die durch die ganze Dicke der Uteruswand gingen und bei denen die Faden so angelegt waren, dass jedes Mal zwei benachbarte Faden in einem Stichcanal lagen. Unter diesem Faden wurde der Uterus abgekappt. Die Schnittflächen wurden durch sieben Nähte vereinigt, der übrig gebliebene Stumpf zurückgedrängt und die Vagina mit Jodoformgaze austamponirt. Die Kranke genas in wenigen Tagen und war von da an von ihrem Leiden befreit. Als Momente. welche die Entstehung dieser nicht puerperalen Uterusinversion herbeiführten, sieht Verf. folgende Umstände an: das in die Uterushöhle hineinwachsende gestielte Myom des Fundus, eine Erschlaffung des Uterus, bedingt durch dessen Atrophie und eine entzündliche Infiltration oder Degeneration der Musculatur, dazu der Druck der Bauchpresse und das Zerren am Tumor von Seite der Patientin selbst. *Kleinwächter.*

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

160. ***Ueber eine noch nicht beschriebene Form von Coryza professionalis.*** *Von Dr. Ludwig Polyák, Budapest. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 1.)*

Die Aspiration von Dämpfen oder fein pulverisirten Chemikalien und die daraus erfolgenden Nasencatarrhe sind längst bekannt. Der Verf. bringt eine neue Form professioneller Coryza: Geschwürsbildung, verursacht durch einen ursprünglich nicht caustischen Stoff. Patientin, 40 Jahre alt, leidet seit 2 Monaten an Stirnkopfschmerz, Schnupfen und Nasenverstopfung. Sie ist in

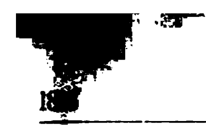


einer Druckerei 7 Monate mit Bronziren der Drucksachen beschäftigt, empfindet dabei oft starkes Brennen in der Nase, Schmerz und Hitze am Kopfe; vor 4 Wochen war Schwellung des rechten Nasenbeines aufgetreten, Nase war verstopft und entleerte Massen von Borken. Am 10. Mai 1892 fand Patientin am rechten Nasenbein eine walnussgrosse harte Stelle, Borken beiderseits in den Nasengängen und massenhaft vergoldet aussehend. Nach Entfernung derselben fand sich vorn am knorpeligen Septum eine Perforation in der Grösse eines Zehnmarkstückes, theils mit speckigen Geschwüren umrandet. Nach auf- und hinterwärts eine zweite Perforation mit fötiden Borken bedeckt, in der Höhe der mittleren Muschel bis zur Lamina perpendicularis guldengross. Die linke Muschel geschwürig zerfallen, mit Borken und Bronzestaub bedeckt. Der hinterste Theil der Muschel ebenfalls geschwunden. Eine dritte Perforation bis zum Nasenbein in der Gegend der linken Bulla ethmoidalis. Nasenrachenraum chronisch-catarrhalisch, Rachen und Kehlkopf gesund. Die Diagnose wurde in Rücksicht auf den ulcerativen Process zum grossen Theil auf Syphilis gestellt, zum Theil auf Wirkung des Bronzestaubes zurückgeführt. Bronzestaub besteht aus Kupfer, Zink, Stannum. Erstere beide sind mit Chlor verbunden, stark ätzende Stoffe werden durch Wergknäuel stark zerstäubt und gelangen so massenhaft in die Nase. Auch andere daraufhin untersuchte Arbeiter zeigten chronische Nasenentzündungen und oberflächliche Erosionen an den Muscheln und am Septum. *Hausmann*, Meran.

161. ***Die Behandlung des Trachoms mit Sublimatlösungen.*** *Keining's Verfahren. (Med. Blätter. 1892.)*

In Anbetracht der grossen Verbreitung des Trachoms unter der ärmeren Classe der Bevölkerung in Krain, Istrien und Galizien trat das Ministerium des Innern, wie das „Oesterr. Sanitätswesen" meldet, an die Vorstände der Abtheilungen für Augenkranke an den medicinischen Kliniken der österreichischen Universitäten mit dem Ersuchen heran, das *Keining*'sche Heilverfahren zu prüfen und über die auf Grund der therapeutischen Versuche gewonnenen Resultate behufs eventueller weiterer Verfügungen Mittheilung zu machen. Wenn nun auch die eingegangenen Berichte über den therapeutischen Werth der von den Brüdern Dr. *G.* und *O. Keining* bei Behandlung des Trachoms angewendeten Methode in mancher Hinsicht auseinandergehen, so nähern sich doch die Ansichten der Fachmänner so weit, dass es nach dem Organ für die Publicationen des obersten Sanitätsrathes im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege gerechtfertigt erscheint, die auf dem Lande vielbeschäftigten Aerzte auf das zwar nicht neue, aber neuerdings empfohlene Verfahren der Behandlung des Trachoms und der folliculären Bindehautentzündung mittelst Sublimats aufmerksam zu machen. Das Verfahren *Keining's* ist wesentlich folgendes: Das äussere Auge wird mit einer wässerigen Sublimatlösung 1 : 2000 gereinigt, die Schleimhaut der Lider nach auswärts gewendet, die Conjunctiva mit einem in dieselbe Lösung getauchten Wattebausch bis über die Uebergangsstelle abgerieben, gleichviel, ob die Bindehaut exulcerirt ist oder aus ihren Granulationen blutet. Dieses Verfahren wird je nach Bedarf ein- bis zweimal im Tage wiederholt.







Gelingt es nicht, auf diese Weise das Trachom zum Schwinden zu bringen, so soll nach *Keining* operativ vorgegangen werden, indem man mit Cocain anästhesirt, die Granula auf einer *Desmarre*'schen Klemmpincette oberflächlich schlitzt und den Inhalt entweder mit Sublimatbäuschchen herausreibt oder, wenn die auf der Conjunctiva bulbi oder der Plica semilunaris sitzenden Knötchen nicht kräftig genug gerieben werden können, dieselben mit der Ciliarpincette zerdrückt. Bei Prüfung dieser Methode haben sich bezüglich der Indication und der Verwendungsart des Sublimats folgende Beobachtungen ergeben: Infiltrate und Exulcerationen geben keine Contraindication ab, wenn nicht etwa gleichzeitig Reizungen oder Entzündungserscheinungen der Iris vorhanden sind. Im Beginne der Behandlung und bei leichten Fällen verwende man Sublimatlösungen in der Stärke von 1 : 2000 bis 1 : 1000, doch kann man bei hochgradigen chronischen Fällen und bei altem Pannus bis 1 : 500 gehen.

Die Art und Weise der Anwendung des Medicaments richtet sich nach der Intensität der Affection. Bei leichten, frischen, dem Follicularcatarrh ähnlichen Fällen genügt ein öfteres Auswaschen oder Abtupfen mit einer schwachen Sublimatlösung, bei stärkerer Secretion und im Entzündungsfalle müssen Bepinselungen mit stärkeren Lösungen oder Abreibungen an Stelle der Waschungen treten. Je blutreicher die Schleimhaut und je härter die Follikel sind, desto intensiver muss die Abreibung mit dem Wattebausch vorgenommen werden, weil die Wirkung des Mittels von dem Grade der Hyperämie, der Schwellung der Conjunctiva, sowie von der Zahl, Grösse und Derbheit der Follikel abhängt. Auch die Reaction richtet sich nach der Beschaffenheit der Conjunctiva, und es wird bei einer hyperämischen, stark aufgelockerten Bindehaut die Einwirkung des Sublimats und das Abreiben leichte Blutungen, Schwellungen und Thränensecretion im Gefolge haben und bei Anwendung einer stärkeren Lösung ein weissgrauer, leicht anhaftender Beleg sich zeigen. Ist die chronisch erkrankte Conjunctiva jedoch geschrumpft und gefässärmer, sind die Follikel derb und hart, so wird auch die Reaction eine geringe sein. Der verschieden intensiven Wirkung des Sublimats entsprechend werden auch die subjectiven Erscheinungen mehr minder ausgesprochen, bei chronischem Trachom mit geringen, bei acutem Trachom mit stärkeren Schmerzen verbunden sein, weshalb in letzterem Falle, sowie im Beginne der Cur vor der Abreibung oder Bepinselung ein Einträufeln von Cocain oder die Verbindung des Sublimats mit Laudan. liq. Sydenhami anzuempfehlen ist. Der geringe Grad und die kurze Dauer der Schmerzen steht jedoch in keinem Vergleich mit jenen bei Gebrauch der Lapislösung und des schwefelsauren Kupfers. Je öfter Sublimat angewendet wird, desto geringer ist das Schmerzgefühl und desto mehr lassen die Reizungserscheinungen nach. Bei der Behandlung des folliculären Bindehautcatarrhs mit reichlicher Secretion, starker Schwellung und heftigen subjectiven Beschwerden, dessen Identität mit dem eigentlichen Trachom noch keineswegs entschieden ist, hat man auf einigen Kliniken nach Sublimatanwendung eine nicht unwesentliche Abkürzung der Heilungsdauer beobachtet; leichter Pannus und oberflächliche Geschwüre der Horn-

haut wurden fast stets gebessert, die Eiterung, die Infiltrationen und die entzündlichen Symptome der Binde- und Hornhaut nahmen ab, und nach längerer Behandlung gingen auch die Follikel zurück. Wirkungslos dagegen war das Heilverfahren bei bereits tiefgreifenden Narben der Bindehaut; Recidiven kehrten ebenso häufig zurück, wie bei anderen Methoden. Wurde Sublimat längere Zeit angewendet, so schien die Wirkung schwächer zu werden und das Leiden stationär zu bleiben; wurde hierauf zur Lapislösung oder zum Cuprumstift übergegangen, so machte sich in der Besserung ein auffallend rascher Fortschritt bemerkbar, und umgekehrt, es ist daher die abwechselnde Anwendung des schwefelsauren Kupfers oder des salpetersauren Silbers mit Sublimat als ein Vortheil bei der Trachombehandlung nicht aus den Augen zu lassen. Die Resultate der fachmännischen Prüfungen lassen sich in nachstehenden Sätzen kurz zusammenfassen: Bezüglich der Anwendung des Sublimats bei der Behandlung des Trachoms wäre der Ueberlegung Raum zu geben, dass dasselbe eine bedeutende desinficirende Kraft besitzt und geeignet ist, in der Therapie dieser Infectionskrankheit einen wesentlichen Fortschritt anzubahnen. Sublimat ist wohl kein specifisches Mittel gegen Trachom, belästigt aber den Kranken subjectiv weniger als Lapis- und Blaustift und verdient daher in leichten Fällen den Vorzug. Die ausschliessliche Behandlung mit Sublimat eignet sich nicht für alle Fälle des Trachoms, sondern hauptsächlich für leichte und frische, dem Follicularcatarrh ähnliche Fälle und bei stärkerer Secretion. Die Therapie mit Sublimat hat mit Lapislösung und Kupfervitriol abzuwechseln.

162. ***Ein Fall von functionellem Torticollis bedingt durch eine Augenmuskellähmung.*** *Von Dr.* ***A. Nieden.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1892. November.)*

Es ist von einem gewissen Interesse, in einem Falle wieder einmal auf den Zusammenhang der Augenheilkunde mit der Chirurgie hinweisen zu können, indem die vorliegende Beobachtung zeigt, dass die Erkennung der wahren Ursache des chirurgischen Leidens nur durch die Feststellung einer Augenstörung und ebenso die Heilung des ersteren nur durch die Beseitigung der letzteren möglich war. Es handelt sich um einen 11jährigen Knaben, der die charakteristische Erscheinung des Schiefhalses darbot. Der Schiefhals hatte sich bei dem Kinde seit dem 5. Lebensjahre entwickelt, nachdem dasselbe von Krampfanfällen befallen gewesen war, die scheinbar auf eine schleichende Meningitis zurückzuführen waren. Der Zustand der schiefen Kopfhaltung nach rechts war mit den Jahren immer stärker geworden, indess war derselbe nicht immer gleichmässig, sondern es war den Eltern aufgefallen, dass er stets dann am heftigsten in Erscheinung trat, wenn der Knabe einen Gegenstand scharf in Beobachtung nahm, so namentlich beim Lesen und Schreiben. Flugs senkte sich dann das bis dahin hochgetragene Köpfchen auf die linke Schulter, das Kinn wendete sich stark nach rechts und konnte der Knabe in dieser Stellung stundenlang verharren. Weil nun alle bis jetzt vorgenommenen chirurgischen Heilmethoden ohne jede Wirkung geblieben waren, und die Eltern nicht zu der ihnen von den verschiedensten Seiten als sicheres Heilmittel vorgeschlagenen Durch-



schneidung der Muskelansätze des Sternocleidomastoideus ihre Zustimmung geben wollten, kam der Vater selbst auf den Gedanken, ob nicht ein näherer Zusammenhang des Halsleidens mit den Augen vorliegen möge, und wurde deshalb der Augenarzt zu Rathe gezogen. Während bei dem charakteristischen Anblick des Torticollis, den der Knabe darbot, Verf. deutlich die eigenthümliche feste Anspannung des Sternocleidomastoideus fühlte, fiel es andererseits auf, dass nach kurzer Dauer der Untersuchung, als die Aufmerksamkeit des Knaben von der neuen Umgebung und Untersuchung abgelenkt war, die Spannung im Muskel fühlbar nachliess und man den Kopf jetzt leichter nach hinten und links zurücklegen konnte. Bei fortgesetzter Untersuchung trat dann plötzlich die Contractur im Muskel wieder ein und zeigte sich stets, dass dies der Fall war, wenn der Knabe seinen Blick auf irgend einen Gegenstand richtete und seine Aufmerksamkeit erregt wurde. Die gewöhnliche innegehaltene Haltung war nur die mit Schiefhalsstellung des Schädels. Ferner war auffallend, dass trotz des langen Bestehens des Leidens, wie die Eltern angaben 6—7 Jahre, noch keine Veränderung des knöchernen Skelettes der linken Schädelhälfte eingetreten war, wie sie sonst als Regel gelten kann. Es bestand keine Atrophie des Knochengerüstes, noch auch Asymmetrie und Schiefstellung der Weichtheile links gegen rechts. Verf. zog weiter in Betracht, dass die Affection sich links vorfand, während in der Mehrzahl der Fälle bei der sogenannten congenitalen Form sich dieselbe rechtsseitig findet, so war Anhalt genug gegeben, um an eine anderweitige Entstehung des Torticollis als durch spastische Muskelcontractur des Sternocleidomastoideus zu denken.

Die Untersuchung der Augen liess dann auch sofort die wahre Ursache des Leidens erkennen, indem bei gerade aufrechter Schädelhaltung das linke Auge sich nach unten abgewichen kennzeichnete. Es bestand eine Lähmung in dem Rectus superior des linken Auges, die dem Bulbus nicht erlaubte, weiter als 1·5 Mm. über die Horizontalebene sich activ nach oben zu erheben, ebenso wie die Drehung nach oben und innen beschränkt war, und die zwar hier wegen Auftretens der Schiefstellung der Doppelbilder in stärkerem Masse dem Patienten fühlbar wurde. Die Drehung nach oben und aussen zeigte indess keine Beschränkung, ebensowenig wie eine Beweglichkeitsstörung in einem der anderen äusseren Augenmuskeln nachweisbar war. In der Gleichgewichtsstellung wurde der Bulbus durch das Uebergewicht des Antagonisten: des Rectus inferior circa 1·5 Mm. tiefer als das rechte Auge gehalten und damit ausgesprochener Strabismus infra vergens erzielt. Völlige Paralyse bestand nicht, doch war die Contractionsfähigkeit auf circa ein Drittel des Normalen herabgesetzt, während kräftiger kurzer Willensimpuls sowie auch allgemeine psychische Erregung die active Beweglichkeit auf kurze Zeit steigern liess. Diese Stellung des Auges nach unten und rechts soll nun, wie die Eltern angaben, gleich nach den Krampfanfällen der frühen Jugendzeit zurückgeblieben sein, in der ersten Zeit habe allerdings eine Lähmung des linken oberen Lides bestanden, nach deren spontaner Heilung die Schielstellung des linken Auges erst erkannt wurde. Im Uebrigen erwies sich das Auge emmetropisch, das Augen-

innere, sowie die Sehschärfe normal. Das Gleiche galt vom rechten Auge. Die Therapie konnte nur wirksamen Erfolg erzielen, wenn es möglich wurde, den paretischen Augenmuskel wieder functionsfähig zu machen und damit den Patienten von dem Auftreten der Doppelbilder zu befreien. Die elektrische Behandlung versprach wenig Aussicht auf Besserung, da die Parese schon eine zu lange Zeit hindurch bestanden hatte, und anderenfalls nach Beobachtung des Verf.'s die elektrische Anregung eines einzelnen gelähmten Augenmuskels immer stets nur sehr unsichere, wenn nicht negative Resultate ergeben hat. Es konnte daher nur die operative Correction und zwar die Vorlagerung der Sehne des Rectus superior in Frage kommen, die für den Fall, dass damit noch nicht genügende Wirkung erzielt wurde, durch die Rücklagerung und Schwächung des Antagonisten (des Rectur inferior) verstärkt werden konnte. Die erstere Operation wurde gemacht, dieselbe verlief glatt und zeigte sich sofort, dass durch das Hervorrücken des Muskelansatzes des paretischen Superior an den oberen Cornealrand der gewünschte Erfolg erzielt wurde, die Bulbi standen in der Ruhelage in der Horizontalebene in Gleichstellung, bei binoculärer als monoculärer Fixation trat kein Abweichen des linken Auges von der jeweiligen Lage des anderen Auges hervor, und konnten auch keine Doppelbilder weder spontan, noch durch Zuhilfenahme des farbigen Glases mehr hervorgerufen werden. Nicht sofort trat indess direct die Heilwirkung auf die Schiefstellung des Kopfes ein, sondern hatte Patient in den ersten Tagen nach der Freilassung des Auges der alten Gewohnheit gemäss bei genauer Fixirung eines Gegenstandes immer noch das Bestreben, den Kopf zu senken und sich so nach alter Weise das binoculär deutliche Sehen zu ermöglichen. Natürlich war dabei die bis dahin bestandene Unthätigkeit und Schwäche des Rectus superior veranlassendes Moment, da es dem Knaben unbequem war, den bis dahin paretischen Muskel zu selbständiger Thätigkeit zu benützen. Da aber die facultative Möglichkeit der Contraction jetzt vorlag, konnte mit vollem Rechte die chirurgische Behandlung der Hemmungsvorrichtung gegen das Hinabsinken des Schädels auf die linke Schulter in Anwendung kommen, und wurde auch bald, schon im Verlaufe von drei Wochen, durch das Tragen einer Halspappcravatte die normale Haltung des Schädels bei allen Sehfunctionen erwirkt, ebenso wie das linke Auge rasch und prompt allen intendirten Bewegungsrichtungen folgte und der Knabe schnell des Kopfstützapparates zu entbehren lernte. In kurzer Zeit darf also die Heilung des Torticollis als eine vollendete angesehen werden. Soweit Verf. bekannt, stellt dieser Fall den achten, resp. den sechsten der bisher mitgetheilten dar, indem zuerst *Cuignet* 1873 eine Beobachtung von Lähmung des Obliq. sup. sin. als Ursache des Bestehens von Caput obstipum erwähnt.

---



# Dermatologie und Syphilis.

163. ***Hydradenitis destruens suppurativa.*** *Von Dr.* **S. Pollitzer.** *(Journ. of cut. and genito-urin. diseases. 1892. 1. — Centralbl. f. Chir. 1893. 2.)*

Bei einem 20jährigen Manne von ausgesprochen nervöser Constitution besteht ohne nachweisbare Veranlassung eine auf Gesicht und Hals beschränkte Hautaffection, welche in Form kleiner runder oder ovaler, vogelschrotgrosser Knötchen, die sich unter der Haut verschieben lassen und bei Druck durchaus schmerzlos sind, beginnt. Anfangs im subcutanen Bindegewebe gelegen, vergrössern sich die Knötchen, verlieren ihre Beweglichkeit, sie verwachsen mit dem sie deckenden Papillarkörper, die Haut erscheint dann bereits etwas vorgewölbt, röthet sich, bei Druck wird leichtes Schmerzgefühl erzeugt, die oberen Lagen des Stratum corneum schuppen ab. Incidirt man in diesem Stadium, so entleeren sich wenige Tropfen Eiter oder es bildet sich ohne Dazwischentreten einer Behandlung ein gelber centraler Punkt oder auch mehrere solche, aus denen alsbald spontane Entleerung eines dicken, blutgemischten Eiters mit kleinen Gewebsfetzen stattfindet. Die sich bildenden Krusten fallen in wenigen Tagen ab und es resultirt ein infiltrirter, längere Zeit hindurch pigmentirter Fleck mit centraler, leicht deprimirter Narbe. Dieser Entwicklungsgang der einzelnen Efflorescenzen beansprucht im Durchschnitt etwa vier Wochen. Durch Zusammenfliessen mehrerer Knötchen kann es zu grösseren Infiltrationsflächen kommen, welche zahlreiche Durchbruchsstellen aufweisen. In seltenen Fällen können die Knötchen, ohne dass Eiterung dazwischen tritt, durch viele Monate subcutan bestehen bleiben. Auf Grund der mikroskopischen Untersuchung, welche parenchymatöse Degeneration der Knäueldrüsen erkennen liess, glaubt der Verf. den primären Ausgangspunkt der Erkrankung in diese verlegen zu dürfen und hat daher den oben gegebenen Namen als zutreffend erachtet. Er vertritt die Meinung, dass auch manche von Anderen beschriebene Follicularerkrankungen, *Verneuil's* Hydroadenite phlegmoneuse, *Velpeau's* Abscès tubériformes, *Barthélémy's* Acnitis und die kürzlich von *Lukasiewicz* beschriebene Folliculitis exulcerans unter die gleiche Rubrik gehörige Krankheitsformen sind.

164. ***Eine neue Behandlung der acuten Gonorrhoe.*** *Von* **C. L. Cotes.** *(The Lancet. 1892. Febr. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 3.)*

Nach vorheriger freiwilliger Entleerung der Blase wird ein erwärmtes und geöltes Endoskop in die Urethra des auf einem Bett liegenden Kranken eingeführt; bei sehr empfindlichen Personen applicire man vorher eine 10%ige Cocainlösung. Hierauf wird die Harnröhre mittelst trockener Baumwolle gründlich gereinigt und bei elektrischer Beleuchtung untersucht. Bei dieser kann man genau die Grenzstelle der Entzündung erkennen, die gewöhnlich 12—15 Cm. hinter dem Meatus liegt. Die erstere manifestirt sich durch tiefrothe Anschwellung, während die gesunde Harnröhre ein rosafarbenes Aussehen darbietet. Es ist von Bedeutung, das Endoskop nicht über die erwähnte Grenze einzuführen,



die sich scharf von der gesunden abschliesst. Nun wird die Urethra abermals in der bezeichneten Weise gereinigt, um jede Spur einer Absonderung bis zur vollen Klarlegung der ersteren zu beseitigen. Nach dieser Manipulation wird ein an einem Träger befestigter und mit Höllensteinlösung befeuchteter Baumwollebausch (0·5 auf 25·0) durch das Endoskop bis an dessen hintere Oeffnung geführt, worauf der Bausch und die Röhre gleichzeitig extrahirt werden. Auf diese Art contrahiren sich die Wandungen der Urethra um die Baumwolle und werden von der Lösung durchfeuchtet. Ist man mit dieser Herausbeförderung bis zu einer circa 5 bis 6 Cm. von dem Meatus entfernten Stelle angelangt, so wird ein frischer, mit Höllenstein befeuchteter Bausch benutzt, so dass diese Partie der Harnröhre, wo die Krankheit beginnt und am intensivsten stattfindet, vollständig saturirt wird. Der nach diesem Eingriff stets entstehende, einige Minuten andauernde geringe Schmerz nimmt allmälig ab. Am Abend lässt man ein warmes Bad nehmen und den Kranken in Ruhe, wenn möglich im Bett, und auch am nächsten Tage sich verhalten. Innerlich reicht man ein mildes Purgans und ausserdem wird der Kranke angewiesen, behufs Reinigung der Harnröhre diese öfter mit warmem Wasser in geringer Menge auszuspülen, jedoch nicht zur Abendzeit, um durch Dehnung der Urethra die Entwicklung von Erectionen des Nachts zu verhüten. Mit diesem Verfahren hat Verf. 42 Fälle acuter Gonorrhoe, die bis auf 2 bereits mehrere Tage (bis zu 12) erkrankt waren, behandelt und dieselben innerhalb 2—3 Tagen vollständig geheilt.

165. ***Ueber Herzsyphilis.*** *Von Docent Dr. Mracek. Vortrag am II. internationalen dermatologischen Congress in Wien. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 3.)*

Pathologische Veränderungen am Herzen gehören zu den seltensten Befunden der visceralen Syphilis. *Ricord*, *Lebert* und *Virchow* verdanken wir die ersten Publicationen über gummöse Syphilis des Herzens. Nach dem Studium der syphilitischen Gefässerkrankungen durch *Lancereaux*, *Heubner*, *Baumgarten* und Andere haben sich auch die Mittheilungen über die Herzerkrankungen in Folge syphilitischer Affectionen des Herzens gemehrt. Man unterscheidet 1. Gummata am Herzen, 2. eine specifische Myocarditis fibrosa. Beide Formen entwickeln sich mit Vorliebe im linken Ventrikel, wohl in Folge der grösseren Arbeitsleistung dieses Herzabschnittes. Die Gummata sitzen fast ausschliesslich im Myocard, sind kirschkern- bis taubeneigross und grösser, meistens trockene, weisslich-gelblich-käsige Massen, wohl nie von schleimiger Grundsubstanz. Durch die zweite Form, Myocarditis fibrosa, entstehen weisslich-graue, schwielige Platten im Myocard mit Einbeziehung des Epi- und Endocard. Den Ausgangspunkt der Erkrankung bilden die Wandungen der Gefässe an den feineren Gefässzweigen und den Vasa vasorum. Die grossen Coronararterien können auch erkranken. Aneurysmenbildungen, Herzhypertrophien, Veränderungen an den Klappen entstehen consecutiv aus den primären syphilitischen Veränderungen. Klinisch wird die Diagnose fast nie gestellt werden können, selbst auf dem Sectionstisch wird dieselbe häufig schwierig sein. Verf. demonstrirt Präparate von Herzsyphilis

aus dem pathologisch-anatomischen Institut von Prof. *Kundrat,* ferner mikroskopische Präparate über Gefässerkrankungen bei hereditärer Syphilis, Granulationswucherungen im Myocard.

166. ***Zur Therapie der Frostbeulen.*** *Von Dr. Saalfeld. (Therap. Monatsh. 1892.)*

In das Gebiet der Cosmetik gehören nur die geschlossenen Frostbeulen. Die Prophylaxe spielt auch bei zu Frost disponirten Personen eine grosse Rolle und ist derjenigen der rothen Hände ähnlich. Vor Allem ist plötzlicher Temperaturwechsel zu meiden, ebenso das Waschen mit zu heissem oder zu kaltem Wasser. Enges Schuhwerk und enge Glacéhandschuhe sind schädlich, da sie die Circulation beeinträchtigen und so die betreffenden Partien dem Frost leichter zugänglich machen. Zu meiden sind ferner mit Pelz gefütterte Stiefel und Handschuhe und Pelzmuffen. Ausserdem sollen Personen, die zu Frost neigen, schon im Herbst wollene Strümpfe tragen und diese auch während der Nacht nicht abziehen. Zu empfehlen sind für diese Personen Waschungen mit adstringirenden Mitteln, besonders Alkohol. Beim Eintreten aus der kalten Luft in das warme Zimmer sollen die Hände, Ohren und Füsse frottirt und nicht der directen Ofenhitze ausgesetzt werden; die Fussbekleidung muss gewechselt werden. Die grosse Zahl der therapeutisch gegen Frostbeulen empfohlenen Mittel spricht für ihre geringe oder zweifelhafte Wirkung. Mit Vorliebe werden verschiedene Mineralsäuren in genügender Verdünnung empfohlen, ferner Tannin, Borax, Alaun, Campher, Ichthyol und dann als constant wiederkehrend Collodium und Jod. Mit Collodium elasticum erreicht man bisweilen an den Händen bei richtiger Anwendung ganz gute Resultate, die durch Compression der erweiterten Gefässe bedingt sind. Man muss diese zuerst möglichst blutleer machen und dann comprimiren. Zu diesem Zwecke lässt man den Arm kurze Zeit suspendiren, bis die Hand möglichst weiss ist; dann wird das Collodium centripetal auf die betreffenden Finger aufgepinselt. Das Verfahren wird mehrere Abende wiederholt. Die Jodtinctur wird entweder allein oder mit Tinctura Gallarum aa. aufgepinselt oder kommt in der Stärke von 10—20% mit Collodium in der vorhin geschilderten Weise zur Anwendung. Ichthyol wird als 50%ige Salbe oder in noch stärkerer Concentration, eventuell pur, verordnet. Da die Frostbeulen der Therapie, wie erwähnt, häufig hartnäckigen Widerstand entgegensetzen, so seien hier noch einige Recepte angeführt, von denen im gegebenen Falle das eine sich wird nützlich erweisen können, wenn die anderen versagen.

Rp. *Acid. tannic.* 2·0,
*Glyc.* oder *Spir. camph. ad* 50·0.
S. Aeusserlich, zur Einreibung.

Rp. *Acid. tannic.* 2·0,
*Spir. vini* 5·0,
*Collodii* 20·0,
*Tinct. Benzoës* 2·0.
S. Aeusserlich, zum Einpinseln.

Rp. *Camph. tritae* 3·0,
*Lanolini, Vaselini flav. aa.* 15·0,
*Ac. mur. pur.* 2·0 *m. f. ungt.*
S. Abends einreiben *(Carrié).*



Rp. *Aluminis* 4·0,
*Vitell. ovi cocti unius, Glyc.* 2·0.
S. Aeusserlich *(Husemann).*

und als bestes nach eigener Erfahrung:

*Tinct. Benzoës* 10·0,
*Glycerini* 10·0,
*Lanolini* 50·0.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

167. ***Ueber neuere Arbeiten zur Peptonurie.*** *Von Prof. C. v. Noorden. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 3.)*

Nachdem Verf. über die neuen Arbeiten zur Peptonurie vom Jahre 1886—1891, deren meiste auch in diesen Blättern geschildert wurden, berichtet, kommt er auf Grund fremder und eigener Erfahrungen zu folgendem Resumé:

Es steht demnach der Satz zu Recht: echte „Peptonurie" gibt es nicht; statt von Peptonurie hat man in Zukunft von „Albumosurie" zu sprechen. Mit dieser Begriffsverschiebung ist die Sache aber nicht erledigt, sondern es erheben sich andere Schwierigkeiten; vor Allem gilt es zu entscheiden, wie man die Albumosurie von der sogenannten Propeptonurie abgrenzen soll. Ist das Propepton, welches *Bence Jones* und *Kühne* bei Osteomalacie, *Ter Gregoriantz* in verschiedenen Krankheiten, Verf. und *Posner* in spermahaltigem Harn antrafen, und welches in jüngster Zeit von *Heller* und *Löb* in grösserer Menge bei Masern und Scharlach nachgewiesen und ferner von *Köppen* im Harn mancher Geisteskranken gefunden wurde — ist dieses Propepton derselbe Körper, welchen wir jetzt Albumose nennen; oder haben wir in Zukunft zwischen Propeptonurie und Albumosurie ebenso zu unterscheiden, wie man früher Propeptonurie von der alten Peptonurie trennte? Das ist eine Frage, auf welche die physiologische Chemie der Klinik noch die Antwort schuldig ist — um so mehr, als *Kühne* selbst vor Jahr und Tag das Wesentlichste dazu beigetragen hat, um der Propeptonurie (von ihm damals Hemialbumosurie genannt) das Bürgerrecht in der klinischen Semiotik zu verleihen — und gerade *Kühne's* Untersuchungen sind es, welche jetzt die alten Fragen neu aufrollen. Vergleicht man die Reactionen, welche seiner Zeit von *Kühne* u. A. für das Propepton des Harns angegeben wurden, so sind es genau dieselben, welche der Albumose im Allgemeinen (d. h. auch jeder ihrer Unterarten, Hemi- und Antialbumose, Deuteroalbumose etc.) jetzt von *Kühne* und seinen Schülern zugeschrieben werden. Wenn wir also dazu kommen 1. die alte Hemialbumosurie (syn. Propeptonurie) und 2. die alte Peptonurie gleicher Weise mit der neuen Albumosurie identificiren zu müssen, so wird man fragen, was in aller Welt denn früher berechtigte, 1. und 2. von einander zu scheiden? Das waren folgende Reactionen: Propepton war fällbar durch Ferrocyankali, Pepton nicht fällbar; 1. konnte durch kleine Mengen $NO_3H$ coagulirt werden, löste sich in der Wärme, schied sich in der Kälte wieder aus, 2. zeigte



diese Reaction nicht. Das wären wichtige Unterschiede; nun scheint aber des Räthsels Lösung darin zu liegen, dass Albumoselösungen bei starker Verdünnung die beiden genannten Reactionen nicht geben und dass ferner die überaus wichtige Ferrocyankalireaction in dem Gemisch, welches man nach Behandlung des Harns mit *Hofmeister's* Phosphorwolframsäuremethode erhält, aus irgend welchen Gründen, vielleicht wegen des starken Salzgehaltes, negativ ausfällt, obwohl bis 0·7 Procent Albumosen zugegen sein können. Diesen Nachweis hat *H. Hirschfeldt* geliefert. Weil man also einem Gemisch gegenüberstand, welches zwar Biuretreaction gab, aber durch Ferrocyankali nicht getrübt wurde, glaubte man, keine Albumose, sondern Pepton vor sich zu haben; nachdem jetzt die besonderen Beziehungen der Ferrocyankalireaction zu diesem Gemisch klargelegt, ist kein Grund mehr, an der Albumosenatur des Biuretreaction gebenden Körpers im Harn zu zweifeln. Sollten die Angaben *H. Hirschfeldt's* sich bestätigen, so scheint daraus hervorzugehen, dass die Autoren früher dann von Propeptonurie (syn. Hemialbumosurie) sprachen, wenn reichliche und daher charakteristische Reaction gebende Mengen von Albumosen gegenwärtig waren — und dann von Peptonurie, wenn die starke Verdünnung die bezeichnenden Reactionen nicht zu Stande kommen liess. Es hätte sich also bei Propeptonurie und Peptonurie nur um quantitative Unterschiede gehandelt. Dass hiermit die ganze aufgerollte Frage wesentlich vereinfacht wird, ist klar. Die alte Peptonurie behält damit in der klinischen Diagnostik ihre Bedeutung, bedarf aber, wie *Senz* zuerst betonte, der Umtaufe in Albumosurie. Die alte Propeptonurie würde gänzlich ausfallen und einfach als starke Albumosurie zu bezeichnen sein. —r.

168. ***Ueber die Innervation der Hautgefässe.*** *Von Dr.* ***P. Hasterlik*** *und Dr.* ***A. Biedl.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 3.)*

*Dastre* und *Morat* haben, gleichwie es *Vulpian* und *Kühlwetter* unter *Eckhard's* Leitung vor ihnen gethan hatten, die von *Stricker* gemachte Entdeckung, dass in den hinteren Rückenmarkswurzeln Vasodilatatoren verlaufen, bestritten. In der That barg ja diese Entdeckung einen Durchbruch des *Bell*'schen Gesetzes in sich. Denn diesem Gesetze gemäss sollen alle centrifugalen Nerven nur in den vorderen Wurzeln verlaufen, während hier die Existenz centrifugaler Nerven in den hinteren Rückenmarkswurzeln behauptet worden ist. Auf dem Physiologencongress in Basel 1890 hat *Gärtner* den *Stricker*'schen Versuch mit einigen Modificationen thatsächlich demonstrirt und dort hat *Morat* (einer der Opponenten) den Versuch gesehen. In der Eingangs citirten Publication theilt nun *Morat* mit, dass er die Richtigkeit der Angaben *Stricker's* nunmehr gleichfalls bestätigen kann. Doch führt er hier neuerdings einige Modificationen ein, die die Verff. veranlassen, jetzt schon, gestützt auf ihre Protokolle, einige Daten zu veröffentlichen. Sie heben hervor, dass sie gleichlaufend an einem und demselben Thiere die hinteren Wurzeln des Ischiadicus einerseits, andererseits einen aus dem unteren Theile des Bauchsympathicus zu demselben Ischiadicus abgehenden Ast in den Bereich ihrer Experimente gezogen haben. Auf diese Experimente hin müssen sie Bestimmtheit aussprechen: in dem genannten Sympathicusaste lassen sich experimentell, nach

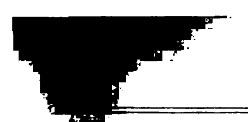


den gebräuchlichen Methoden, nur Vasoconstrictoren, in den entsprechenden hinteren Wurzeln des Ischiadicus hingegen nur Vasodilatatoren nachweisen. Man hat also die im Ischiadicus gemischt vorkommenden Antagonisten in den beiden vorhergenannten Ursprungsgebieten dieses Nerven, räumlich gesondert, vorliegen. Diese Versuche sind so präcise gelungen, dass sie mit Hilfe des Episkops Gegenstand des Schulexperimentes geworden sind. Ferner betonen sie, dass sie die Versuche auch ohne Durchschneidung des Rückenmarkes an schwach curarisirten Hunden meist mit Erfolg ausgeführt haben; bei zehn solchen Versuchen ergab Reizung der hinteren Wurzeln nur zweimal keine Temperatursteigerung in der betreffenden Extremität, in acht Fällen waren jedoch Temperaturzunahmen von 1—10° C. zu verzeichnen. Auch die ersten zwei Mittheilungen *Stricker's* sind auf Grundlage von etwa einem Dutzend Versuchen erfolgt, die ausnahmslos zu Gunsten der Vasodilatatoren in den hinteren Wurzeln gesprochen haben. Erst beim 14. Versuch der ganzen Reihe kam ein Thier auf den Tisch, welches diese Vasodilatatoren nicht erkennen liess. Als später *Bonuzzi* die Versuche wiederholt hat, stiess auch er auf mehrere Fälle, bei welchen die Reizung der hinteren Wurzeln nur ganz geringe Temperatursteigerungen in den Pfoten zur Folge hatte. Ueber das Zahlenverhältniss der erfolgreichen zu den erfolglosen Versuchen an curarisirten Hunden können die Verff. noch keine endgiltigen Angaben machen.

169. ***Ein Beitrag zur Lehre von der Hämatoporphyrinurie.*** *Von Dr. Sobernheim. Aus dem Krankenhaus am Urban zu Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 24. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 8.)*

Als Ursache der Hämatoporphyrinurie war bisher nur der Gebrauch von Sulfonal bekannt, denn in allen bisher beobachteten Fällen konnte vorhergegangener Sulfonalgebrauch constatirt werden, der vom Verf. beobachtete Fall machte aber hierin eine Ausnahme. Es handelte sich um einen 13jährigen Knaben, welcher an Abdominaltyphus erkrankt war, dessen Verlauf in nichts von dem gewöhnlich beobachteten abwich, ausser dass der Urin schon bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine deutlich dunkelpurpurrothe Farbe zeigte. Die von Prof. *A. Fränkel* sofort geäusserte Vermuthung, dass es sich um Bildung von Hämatoporphyrin handeln könnte, wurde durch die Untersuchung bestätigt. Der Kranke hatte während des Aufenthaltes im Krankenhause weder Sulfonal, noch sonst irgend ein differentes Medicament erhalten, ebensowenig hatte er vor dem Aufenthalte im Krankenhause irgend etwas gebraucht. Dagegen schien ein anderer Umstand von Bedeutung. Bereits bei Beginn der Erkrankung wurde eine geschwulstartige Resistenz beobachtet, welche in den Bauchdecken ihren Sitz hatte und als Hämatom des M. rectus gedeutet werden musste. Es lag nahe, dasselbe mit der Hämatoporphyrinurie in Zusammenhang zu bringen. Man musste annehmen, dass in Folge der Ansammlung, beziehungsweise Extravasation einer grösseren Blutmenge günstige Verhältnisse für die Umwandlung des Blutfarbstoffes gegeben waren. Allerdings verlor der Urin mit dem Verschwinden des Hämatoms seine dunkle Farbe; aber es konnte dennoch in demselben mit







Sicherheit das Vorhandensein von Hämatoporphyrin nachgewiesen werden, sogar noch nach Wochen. Kurz bevor der Patient geheilt entlassen werden konnte, enthielt der Urin noch die fragliche Substanz. Der Urin war klar, zeigte aber unverändert den charakteristischen rothen Schimmer. Durch weitere Nachforschungen wurde nun ermittelt, dass der Urin des Patienten seit Jahren durch seine eigenthümliche Färbung aufgefallen war, die zeitweilig besonders stark hervortrat. Darnach hat es den Anschein, als wenn es sich hier um eine Art chronischer Hämatoporphyrinurie handelte. Im vorliegenden Falle ist also zum ersten Mal das Auftreten von Hämatoporphyrin vollkommen unabhängig von Sulfonalgebrauch mit Sicherheit constatirt worden.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

170. ***Ueber fixe Ideen.*** *Von Prof. C. **Wernicke.** (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 28. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. 1.)*

Verf. ist ein Gegner von der Lehre von den Monomanien, welche jedem Verbrecher einen Freibrief sicherte und glaubt, dass sie sich erst dann wieder das Bürgerrecht verschaffen dürfte, wenn sich die Gesellschaft auf den zum Glück noch vereinzelten Standpunkt der Identität von Irrsinn und Verbrechen gestellt haben wird. Dagegen tritt er für das Vorhandensein gewisser circumscripter Störungen in der psychischen Sphäre ein, ohne dass jedesmal damit Schwachsinn, Verfolgungswahn oder Grössenwahn verbunden sein müsste. Bei dieser Art von „fixen Ideen“ handle es sich um eine einzige überwerthige Idee, um eine partielle intrapsychische Parafunction, wobei alle übrigen Handlungen völlig normal, jedenfalls aber durchaus logisch, wenn auch auf der falschen Prämisse der fixen Idee von Statten gingen. Dem auch von den Aelteren als besondere Krankheit anerkannten Querulantenwahn, dem Typus einer fixen Idee im Sinne des Verf.'s, stellt derselbe 4 Krankengeschichten an die Seite, welche das Bild einer partiellen Geisteskrankheit darstellen und ebenso wie der Querulantenwahn unter dem Namen „circumscripter Autopsychosen“ zusammengefasst werden müssten. In dem ersten Fall wird ein junges Mädchen Zeuge der Reinigung einer verlausten Person und kann seitdem den Gedanken, dass sie selber Läuse habe, nicht los werden. Sie wird dadurch fast bis zum Selbstmord getrieben und ist sehr beruhigt, weil sie sich in der Anstalt nach dieser Richtung hin gesichert fühlt. In dem zweiten Falle erfährt ein junges Mädchen von dem Selbstmord durch Ertränken einer längst vermissten Köchin und wird seitdem von dem Gedanken, auch in's Wasser gehen zu müssen, so gepeinigt, dass sie von selbst die Anstalt aufsucht. In dem dritten Fall ärgert sich eine etwas beschränkte, aber doch nicht schwachsinnige Frau über das Schnupfen ihres Mannes und bekommt bei dem Gedanken, dass ihr Mann auch des Nachts heimlich schnupft, wahre Wuthausbrüche, so dass sie von ihrem Mann in die Anstalt gebracht werden muss. In dem vierten Falle fasst ein excentrischer, aber sonst ungewöhnlich intelligenter

Photograph zu einem 12jährigen Mädchen eine Zuneigung und will sie zu seiner Frau erziehen. Da der Vater des Mädchens ihn aus dem Hause weist, versucht er mit Gewalt, dort einzudringen und wird in Folge dessen als gemeingefährlich in einer Anstalt detinirt. In allen diesen Fällen findet bis auf die aus ihrer fixen Idee gefolgerten Handlung ein normaler Ablauf ihrer Denkfunctionen und der sich daraus ergebenden Handlungen statt.

171. ***Ueber Ptomaine im Käse.*** *Von Dr.* ***V. Malenchini.*** *(Zeitschr. f. Lebensmitteluntersuchung u. Hygiene. 1893. 1.)*

Verf. bekam einen verdächtigen Gorgonzolakäse zu untersuchen, dessen Consum ziemlich schwere Verdauungsstörungen verursacht hatte. Ausgehend von diesem Falle untersuchte Verf. hierauf auch andere Käsesorten des Handels und kam nach den mit denselben vorgenommenen mikrochemischen und bacteriologischen Versuchen zu dem Resultate, dass man in den zu verhältnissmässig billigerem Preise ausgebotenen, wesentlich reiferen Käsesorten, als Gorgonzola, Emmenthaler, Eidamer, Parmesan u. a. das Spirillum tyrogenum Deneke antrifft, welcher pathogene Mikroorganismus die Entstehung von Ptomainen im Käse auf Kosten der Stickstoffverbindungen des letzteren bewirkt. Verf. glaubt, dass ausser dem genannten Mikroorganismus noch andere, in der Bereitungsweise oder in dem verwendeten Rohmaterial liegende Ursachen zur Entstehung von Ptomainen im Käse Anlass geben können. So kann es vorkommen, dass ein frischer, jedoch aus bereits in Zersetzung begriffener Milch bereiteter Käse toxischer zu wirken vermag als ein anderer, in vorgeschrittenem Grade der Reifheit befindlicher, der aber aus tadelloser Milch hergestellt worden war.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 172. *Ueber eine neue Behandlungsmethode der Nephrolithiasis mit Glycerin.*

*Von Dr.* ***August Herrmann.***

*(Prager med. Wochenschr. 1892, 47 u. 48).*

Durch die Untersuchungen *Colosantis* ist schon seit längerer Zeit bekannt, dass Harnsäure sich in Glycerin gut löse und ebenso wissen wir durch *Catillon*, *Horbaczewski*, dass ein Theil des per os aufgenommenen Glycerins unverändert in den Harn übergehe. Diese Thatsachen brachten Verf. auf den Gedanken, zu untersuchen, inwieweit das Glycerin bei Nephrolithiasis therapeutisch verwendet werden könnte. Wie aus den 14 im Originale mitgetheilten Krankengeschichten ersichtlich, hatte in keinem der geschilderten Fälle das Glycerin irgendwelche hervorstechende Störungen des Allgemeinbefindens im Gefolge, abgesehen von einer zweimaligen schmerzlosen Diarrhoe in einem Falle und von einer



gewissen nervösen Erregung, welche in der Krankengeschichte des Falles 11 am Glycerintage notirt wurde und welche Verf. nur dem Umstande zuschreiben möchte, dass der Patient durch das Auftreten der Cholera in Hamburg, seiner Familie wegen, sich fortwährend sehr beunruhigt fühlte. Auch bei anderen, nicht an Nephrolithiasis Erkrankten, welchen Verf. behufs Studiums der Glycerinwirkung Glycerin in Dosen von 100 Ccm. (es wurden nur Glycer. puriss. der Parmakop. verwendet) zu sich nehmen liess, so z. B. bei einem 34jährigen, völlig gesunden Manne, in 2 Fällen von Cholelithiasis, in 1 Falle von Diabetes, zeigten sich durchaus keine unangenehmen Folgeerscheinungen. Hingegen traten solche nach 100 Ccm. Glycerin auf in Fällen, wo Erkrankungen des Verdauungstractus, wenn auch nur leichter Art, vorhanden waren. So verfiel ein 49jähriger Lehrer aus Mähren, welcher mit Atonia ventr. und Catarrh. intestini crassi geführt wurde, etwa 1 Stunde nach der Aufnahme von 100 Ccm. Glycerin in einen collapsartigen Zustand. Es trat bei ihm Kälte der Hände und Füsse, Cyanose des Gesichtes, Eingenommenheit des Kopfes auf. Nachdem dieser Zustand etwa $^1/_2$ Stunde gedauert hatte, kamen Kopfschmerzen und Erbrechen, am folgenden Tage 6 diarrhoische Stühle. Aehnlich bei einem 43jährigen Schneider aus Wien, bei welchem Verf. Hyperacidität des Magensaftes constatirt hatte und welcher nach 100 Ccm. Glycerin in der Nacht zweimal erbrach und 2 Tage hindurch über Kopfschmerzen klagte. Es ist also unbedingt nothwendig, vollständige Intactheit der Verdauungsorgane zu constatiren, bevor man Glycerin in grösserer Menge verordnet.

Bezüglich der allgemeinen Wirkungen des Glycerins bemerkt Verf.: Die Mehrzahl der Patienten gab an, dass sie mehrere Stunden nach der Einnahme des Glycerins durstig wurden und im Verlaufe des Nachmittags $^1/_2$—1 Liter Wasser tranken. Bei allen an Nierenconcretionen leidenden Patienten, mit einer einzigen Ausnahme, traten 2—3 Stunden nach der Glycerinaufnahme subjective Schmerzempfindungen, die als Brennen, Stechen und Bohren bezeichnet wurden, in der Nierengegend auf, und zwar wenn die früheren Kolikanfälle nur einseitig aufgetreten waren, nur auf der erkrankten Seite. Zuweilen steigerten sich die Sensationen zur ausgesprochenen Nierensteinkolik, doch gaben alle Patienten, bei welchen nach dem Glycerin Steinabgang erfolgte, an, dass die diesmal aufgetretenen Schmerzen geringer seien, als die sonst dabei erduldeten. Hingegen wurde eine Empfindlichkeit in der Nierengegend von nicht an Nephrolithiasis Leidenden nach ebenso grossen Glycerindosen auch auf Befragen nicht angegeben. Bei allen Personen, welchen Glycerin gegeben wurde, konnte schon 3 Stunden nach der Einnahme unverändertes Glycerin im Harne in grosser Menge nachgewiesen werden. Der Nachweis desselben geschah einfach in der Weise, dass der betreffende Harn bei Anstellung der *Trommer*'schen Probe Kupferoxyd in sehr grosser Menge löste, jedoch dasselbe beim Kochen nicht reducirte. Es stellte sich heraus, dass die grösste Menge Glycerins 3—4 Stunden nach der Aufnahme des letzteren per os im Harne nachzuweisen war, in derselben Quantität durch einige Stunden anhielt, um dann sehr rasch abzufallen; etwa 20 Stunden nach der Einnahme waren in den darauf untersuchten

Fällen kaum noch Spuren von Glycerin im Harne nachweislich. Das Auftreten von Glycerin im Harne und der Beginn der Sensationen in der Nierengegend fielen zeitlich zusammen. Der glycerinhaltige Harn zeigte sowohl, was die Reaction anbelangt, als auch bezüglich des specifischen Gewichtes keine auffällige Differenz im Vergleiche mit der sonst zur selben Tageszeit entleerten Harnportion; auch die 24stündige Harnmenge erschien nach der Glycerineinnahme nicht erheblich geändert, doch zeigte die Curve der quantitativen Harnabsonderung am Glycerintage insoferne eine Alteration, als dass die Harnmenge in den ersten 12 Stunden nach der Glycerineinnahme entschieden vermehrt, in der zweiten Hälfte der 24stündigen Periode verringert schien. Der nach der Glycerineinnahme entleerte Harn erwies sich sowohl bei Nierenkranken als auch in den anderen Fällen frei von Eiweiss, Zucker, Hämoglobin und Blut. Die in 2 Fällen aufgetretene Hämaturie muss als zufällig mit dem gleichzeitig erfolgten Abgange von Steinen in Verbindung gebracht werden, da eine solche in der weitaus grösseren Zahl der Fälle auch nicht in Spuren nachweisbar erschien. Wurde mit dem glycerinhaltigen Harne der Finger benetzt, so hatte man deutlich an der benetzten Stelle die Empfindung von Glätte und Schlüpfrigkeit.

Höchst auffallend war in allen Fällen, wo Nephrolithiasis vorlag, der sehr bedeutende Abgang von Schleim im Harne nach der Glycerinaufnahme; nur zuweilen zeigte sich etwas Aehnliches auch bei nicht an Catarrh der Harnwege Leidenden, und dann nur in geringem Grade. Die Grösse der nach der Glycerineinnahme entleerten Concremente variirte von feinem Nierensand bis zu fast Bohnengrösse. Feiner Sand wurde oft schon 4—5 Stunden nach der Medication entleert, gröberer brauchte 12—14 Stunden, Nierensteine noch länger; jedenfalls verweilten die durch das Glycerin aus der Niere oder dem Nierenbecken in die Harnblase beförderten Concretionen in derselben je nach ihrer Grösse verschieden lange Zeit.

In 10 von 14 Fällen von Nephrolithiasis waren nach grösseren Glyceringaben Sand oder Nierensteine im Harne nachweisbar; dieser bedeutende Procentsatz von Fällen mit positivem Erfolge begründet das vom Verf. aufgestellte Resumé: In der ein- oder mehrmaligen Darreichung einer grösseren Glycerinmenge per os besitzen wir ein in vielen Fällen von Nephrolithiasis wirksames Mittel, um nicht allzugrosse und für die Fortschaffung günstig gelegene Concretionen der Niere und des Nierenbeckens in die Harnblase zu befördern. Verf. hebt hervor, dass alle von ihm mit Glycerin behandelten Fälle von Nephrolithiasis daneben die typische Carlsbader Trinkcur durchmachten, dass jedoch der Abgang von Steinen unmittelbar nach der Glycerindarreichung nicht aufgefasst werden könne, als eine zufällig mit der Glycerindarreichung zusammenfallende Wirkung der Trinkcur. Nachdem die klinischen Beobachtungen des Verf. mit Sicherheit eine Einwirkung des Glycerins auf viele Fälle von Nephrolithiasis dargethan hatten, knüpfte sich an diese Thatsache die interessante Frage, in welcher Weise das Glycerin diese Wirkung ausübe und welche Componente der pharmakologischen Action des Glycerins dabei in Betracht kommen.

Nach den vom Verf. ausgeführten experimentellen Untersuchungen an Thieren kommen in Zusammenhalt mit den klinischen Erfahrungen für die Erklärung der Einwirkung des Glycerins bei Nephrolithiasis physikalische Momente wohl in erster Reihe in Betracht. Gelangt das Glycerin vom Verdauungstracte aus in das Blut, so zieht es zunächst sehr viel Wasser aus den Geweben an und wird mitsammt dem Wasser rasch durch die Nieren ausgeschieden; es kommt so zu einer intensiven Durchspülung der Nieren. Dabei werden die in den Harnwegen befindlichen Concremente umso leichter eliminirt, als die gesammten Harnwege durch den glycerinhaltigen Harn glatt und schlüpfrig gemacht worden waren. Wahrscheinlich wird auch der in den Harnwegen bei Nephrolithiasis stets in erhöhter Menge vorhandene Schleim durch Wasserentziehung Seitens des Glycerins zur Schrumpfung und Loslösung gebracht und so die Entfernung des von Schleim umhüllten Concrementes begünstigt. Für diese Modalität spricht der bedeutende Schleimgehalt des Harnes nach der Glycerinmedication, und Befunde ähnlicher Art, wie sie Verf. mittheilte, wo ein Sandkorn mitsammt einer bedeutenden Schleimflocke abging und inmitten derselben so fest steckte, dass eine Loslösung des Sandkornes auch durch heftiges Schütteln im Glascylinder nicht erfolgte. Ob und inwieweit der reiche Fermentgehalt des Urins nach Glycerindarreichung den bei Nierensteinen stets vorhandenen exsudativen Process der Harnwege beeinflusst, hierüber will Verf. auf Grund weiterer Untersuchungen berichten. *Loebisch.*

---

# Literatur.

173. ***Bibliographie der klinischen Helminthologie.*** *Von* ***J. Ch. Huber.*** *München, J. F. Lehmann. 8°. — Heft 1. Echinococcus cysticus bes. von 1877—1890. 1891, pag. 1—40. — Heft 2. Cysticercus cellulosae Rud. 1891, pag. 41—64. — Heft 3 u. 4. Die Darmcestoden des Menschen (Geschichte und Literatur der Taenien und Bothriocephalen). 1892, pag. 65—150.*

Bei der ganz ausserordentlichen Zerstreutheit der Literatur der theoretischen und praktischen Naturwissenschaften, ist es nachgerade ein dringendes Bedürfniss geworden, von Zeit zu Zeit in Ueberblicken dieselbe so gut, als es eben angeht, zu sammeln und wenn auch in erster Linie möglichst Vollständigkeit erstrebt werden muss, so ist in dieser Frage auch die Form, die Ausstattung, die Gliederung u. s. w., kurz, sonst Nebensächliches von grossem Belange. Nach allen diesen Richtungen aber dürfte die vorliegende Arbeit sehr wohl entsprechen und der theoretische Zoologe wie der praktische Kliniker kann zweifellos das Unternehmen nur auf das Freudigste begrüssen, denn Beide finden Alles das, was sie suchen und es erhöht den Werth der Aufzählung der Titel nicht wenig, dass der Verf., der wohl die meisten Aufsätze selbst gesehen, ja studirt hat, sehr häufig kurze inhaltliche oder kritische Notizen beifügt. Um den Inhalt dieser Bibliographie genauer kennen zu lernen, dürfte es zweckmässig sein, denselben hier kurz zu skizziren. Heft 1 enthält zunächst den Echinococcus in den einzelnen Organen und Systemen, und zwar: Gefässsystem, Leber, Lungen und Pleura, Schilddrüse, Bauchfell, Processus vermiformis, Harnblase, Nieren, Milz, Hirn, Rückenmarks-



canal, Becken, Mamma, Knochen, Muskeln, äussere Organe, Orbita u. s. w. und im Kindesalter. Ein weiterer Abschnitt enthält dann die geographische Verbreitung, aus der ersichtlich ist, dass es diesbezüglich noch Vieles zu constatiren gibt, ein dritter endlich die deutschen Dissertationen, 136 an der Zahl, fast alle mit Extracten, und die Pariser Thesen und sonstigen französischen Abhandlungen, 85 an der Zahl, gleichfalls mit Extracten und Organübersicht.

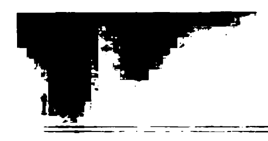
Das 2. Heft behandelt zunächst das Historische und die Cysticerken im Allgemeinen, dann die allgemein helminthologischen Werke, die deutschen Dissertationen, die französischen Arbeiten, ältere Dubiosa, Statistik, allgemein-pathologische Anatomie und Journalartikel, dann wieder die Cysticerken der einzelnen Organe: Gehirn, Wirbelcanal, Bindegewebe, Muskeln, Herz, Leber, Lymphdrüsen, Lunge, Niere, Knochen, Zunge, Mamma, Auge; dann allgemeine Cysticercose und Cysticercus mit Taenia solium und hakenlose Cysticerken, endlich auch den Cysticercus cellulosae Rud. bei Säugethieren; die Frage der Selbstinfection wird etwas weitläufiger behandelt.

Heft 3 und 4 ist selbstverständlich das reichste und auch populärste. Es behandelt zunächst die menschlichen Darmcestoden im Allgemeinen, und zwar: allgemein-helminthologische Werke, Monographien, Artikel in Encyklopädien, Handbüchern der Pathologie und medicinischen Zoologie, dann die ältere zoologische Literatur, die deutschen Dissertationen und Journalaufsätze, dann die französischen, englischen und italienischen Arbeiten, endlich die geographische Verbreitung, Symptomatologie, das Vorkommen bei Kindern, Monstrositäten, Taenia multiplex und die populäre Literatur. Der zweite Theil behandelt die einzelnen Arten, und zwar: T. Solium L., T. elliptica Batsch., T. flavopunctata Wl., T. madagascariensis Dav., T. nana Sieb., T. saginata Gz., Bothriocephalus latus Br., B. cordatus Leuck., B. cristatus Dav. und B. Mansoni Bl. Einzelne Arten werden noch nach speciellen Gesichtpunkten hin behandelt, z. B. B. latus nach der Larven- und Wirthsfrage u. s. w.; den Schluss bildet die Therapie, „eine Auswahl der besseren Productionen". Wir wünschen dem Verfasser, der überdies als k. Landgerichtsarzt in Memmingen den literarischen Quellen ziemlich entrückt sein dürfte und daher mit verdoppelter Kraft arbeiten und sammeln muss, Unverdrossenheit und Muse zur Fortsetzung und Vollendung seiner werthvollen Arbeit.

Prof. Dr. *v. Dalla Torre.*

174. ***Schmarotzerthum in der Thierwelt.*** *Von Dr. **Arthur Loos.** Leipzig, R. Freese, 1892. 8°. 180 S. — Bildet das 10. Heft der zoologischen Vorträge, herausgegeben von Prof. W. **Marshall** in Leipzig. Preis: 4 Mark.*

Das vorliegende Heft dieser *Marshall*'schen Sammlung trägt von vornherein und sagen wir — selbstverständlich, einen gänzlich populären Charakter, wie die meisten derselben, doch nicht alle. Trotzdem mag es hier zur Sprache kommen, weil es ein sehr anziehendes und dem Arzte wenigstens theilweise sehr naheliegendes Thema übersichtlich und abschliessend behandelt und, was das Werthvolle an der Darstellung ist, dasselbe auch in seinen neuesten Forschungsresultaten darstellt. Zunächst werden die Pseudoparasiten, die sagen- und fabelhaften Schmarotzer, und die Commensalen beleuchtet, freilich mit Ausschluss der Insecten, die sonst wohl selbst ein solches Heft redlich ausgefüllt hätten; dann folgt die Erklärung des Begriffes echte Parasiten, in zahlreichen typischen





Beispielen. Weiters werden die verschiedenen Grade des Parasitismus und die Beziehungen desselben zur freien Lebensweise erörtert, von denen insbesonders die Insecten eine bunte Aehrenlese aufweisen; aber auch die Krebse liefern in der Gattung Sacculina ein interessantes Beispiel dieser Art. Hierauf wird die Heterogonie der Würmer besprochen, dann der Brutparasitismus der Hymenopteren, endlich folgt eine theoretische Abhandlung über die Entwicklung der parasitischen Lebensweise, dann eine solche über den Einfluss der parasitären Lebensweise auf die Organisation der Parasiten. Hier werden die degenerativen Einflüsse, z. B. bei den pupiparen Dipteren, Copepoden, Acarinen, besprochen, dann die Einflüsse progressiver Natur. Weiters folgt ein Abschnitt über der Einfluss des Parasitismus auf die Entwicklungsgeschichte der Parasiten. In demselben wird die Vertheilung der Geschlechter auseinandergesetzt, dann die Biologie der Sphaerularia bombi, der Strepiopteren, dann der Einfluss der Eier und Embryonen, die Einwanderung der Brut, die Frage der Zwischenwirthe und speciell die Uebertragung der Pentastomen. Einen sehr grossen Raum beansprucht selbstverständlich die Abhandlung über den Generationswechsel, demonstrirt an den Saugwürmern (Trematoden), speciell an Distomum hepaticum, dann an den Bandwürmern (Cestoden) mit den Bothriocephaliden, Coenurus cerebralis, Echinococcus und Cysticercus cellulosae. Den Schluss der Arbeit bildet ein geschichtlicher Ueberblick der Kenntnisse von den Parasiten.

Für populär-wissenschaftliche Vorträge dürfte die Arbeit sehr zu empfehlen sein. Prof. Dr. *v. Dalla Torre.*

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

175. ***Morphiumabstinenzerscheinungen und Magen.*** *Von Prof.* ***Hitzig****, Halle. Vortrag, gehalten in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten am 14. Nov. 1892. (Deutsche Med.-Ztg. 1892. 95.)*

Die quälenden Abstinenzerscheinungen, an denen die Morphinisten während der Entziehungscuren zu leiden haben, sind bekannt. Unter diesen ist es besonders die entsetzliche Unruhe, welche die Kranken im Verein mit Brennen, Drücken etc. (Erscheinungen, die denen verwandt sind, die bei Kranken mit chronischen Magenkrankheiten auftreten) ausserordentlich peinigt. Nun bestehen sehr nahe Beziehungen zwischen dem im Blute circulirenden Morphium und dem Magen. Vor einer längeren Reihe von Jahren beobachtete ich, dass ein mit Morphium narcotisirter Hund erbrach und das Erbrochene von einem anderen Hund gefressen wurde, und dass dieser zweite Hund kurze Zeit darauf gleichfalls erbrach. Ich schloss daraus, dass durch den Magen überaus schnell erhebliche Mengen des injicirten Morphiums ausgeschieden würden, und dass der zweite Hund eben eine Morphiumvergiftung vom Magen aus durch die Verspeisung des Erbrochenen sich zugezogen habe. Diese Beobachtungen veranlassten meinen Assistenten, die sich hieraus ergebenden Fragen experimentell weiter zu verfolgen. Die Untersuchungen stellten in der That fest, dass der Hund innerhalb der ersten Stunden sehr erhebliche Mengen des injicirten Morphiums, ungefähr die Hälfte desselben, durch den Magen ausscheidet. Dabei drängten sich mir die Erwägungen auf, dass eine so erhebliche Morphiumausscheidung durch den Magen

nicht gleichgiltig sein könne für den Chemismus desselben und ebenso die mehr oder minder energische Entziehung des Morphiums auf den veränderten Magenchemismus. Ich nahm an, dass unter dem Einflusse des Morphiums zunächst eine Abschwächung der Absonderung der Verdauungssäfte im Magen statthätte, und dass nach dem Aufhören der Morphiumzufuhr eine Ueberfluthung des Magens mit Salzsäure einträte. War diese Hypothese gerechtfertigt, so konnte man die Reihe der Abstinenzerscheinungen sich nach Analogie der Erscheinungen wie bei Hyperacidität erklären. Ich beschloss deshalb, die erste Gelegenheit zu benutzen, bei einer Entziehungscur den Magenchemismus zu prüfen. Diese bot sich bald und insofern in ausserordentlich günstiger Weise, als der Patient, um den es sich handelte, ein junger College von 33 Jahren war, der schon früher einige Entziehungscuren durchgemacht hatte.

Er kam zum Morphium im Jahre 1886 als Assistenzarzt an einer Irrenanstalt, wo er einen anstrengenden Dienst hatte und jeden Abend einer Menge von weiblichen Geisteskranken subcutan Morphiuminjectionen zu machen hatte. Er gewöhnte sich unter Zuhilfenahme von Cocain an das Morphium und kam dann in eine Anstalt, wo er sich innerhalb 14 Tagen beides abgewöhnte. Sechs Monate widerstand er jeder Versuchung. Dann aber wandte er sich wieder dem Morphium zu und kam wieder in eine Anstalt. Bis zum Sommer 1890 nahm er angeblich kein Morphium. Zu dieser Zeit befand er sich in einer Malariagegend und litt selbst an Malaria; er injicirte sich dabei, wie er sagte, nicht über 1 Cgrm. Morphium. Im Sommer 1891 fing er wieder an zu spritzen und will es mit geringen Dosen, 0·75 Cgrm., fortgesetzt haben; in der letzten Zeit nahm er 25 Cgrm., ausserdem 0·5 Cgrm. Cocain. Im Verkehr mit seinen Angehörigen und Patienten zeigte er früh schon Zeichen von Degeneration; so schickte er den letzteren keine Liquidationen etc. Er gibt auch an, unter dem Einfluss grösserer Dosen Cocain allerhand Hallucinationen gehabt zu haben. In der Anstalt sollte nun der Patient nach meiner Anordnung zunächst seine gewöhnliche Dosis von 22 Cgrm. zwei Tage lang erhalten; am dritten Tage 11 Cgrm. und an jedem folgenden Tage 4 Theilstriche der Spritze weniger. Während dieser Zeit sollte der Magen regelmässig ausgehebert und untersucht werden. Doch konnte diese Absicht erst nach einigen Tagen ausgeführt werden, da es dem Kranken gelang, sich auf dem Closet eine Anzahl von Spritzen beizubringen und wurden ihm durch ein Missverständniss in den nächsten Tagen 8 Cgrm. Morphium gegeben. Die Untersuchung des ausgeheberten Mageninhaltes wurde durch Prof. *v. Mehring* unternommen. Bei der ersten Ausheberung am 20. Juni war der Salzsäuregehalt so gut wie 0. Die Methylviolettreaction war nicht vorhanden.

An den beiden nächsten Tagen, als der Kranke 8 und 11 Cgrm. erhalten hatte, stieg der Salzsäuregehalt etwas an. Am dritten Tage bekam er 22 Cgrm.; hierauf ging der Salzsäuregehalt herunter und stieg erst mit der abfallenden Morphiumdosis entsprechend an bis auf 0·112%. Bemerkenswerth war, dass, als der Kranke gar kein Morphium mehr bekam, am zweiten und dritten Tage nach der gänzlichen Sistirung der Morphiumzufuhr ein erhebliches Ansteigen des Salzsäuregehaltes eintrat von etwas über $^1/_{10}$—$^2/_{10}$%; der Höhepunkt wurde erreicht mit 0·192. Acht Tage nach der letzten Spritze betrug der Salzsäuregehalt 0·205%. An einem Tage, am 26. Juni, war der Salzsäuregehalt erheblich zurückgegangen, die Bestimmung ist aber nicht zu verwerthen, da der Wärter

durch ein Versehen ihm an Stelle des Probefrühstückes ein anderes und dann erst dieses vorsetzte. Freie Salzsäure fand sich erst am 1. Juli nach dem gänzlichen Aufhören der Morphiumzufuhr.

Wenn wir nun das Befinden des Kranken während seiner verschiedenen Entziehungscuren untersuchen, so ergibt sich, dass er ausserordentlich viel zu leiden gehabt hat. Er hatte an einer entsetzlichen Unruhe gelitten, Reissen an allen Gliedern, Erbrechen, Diarrhoen, Wadenkrämpfe etc., Erscheinungen, wie sie gewöhnlich bei Entziehungscuren auftreten. Dagegen hatte er ein anderes Mal nach einer vorübergehenden Morphiumperiode nicht erhebliche Symptome der Abstinenz gezeigt. Bei uns, wo er unbeabsichtigter Weise 8 und 11 Grm. bekommen hatte, hat er Abstinenzerscheinungen gehabt, die aber nicht gerade besonders stark waren. Dagegen zeigten sich während der regelmässig eingeleiteten Cur keine Abstinenzerscheinungen oder nur sehr geringe, insbesondere hatte der Kranke niemals Morphiumhunger gehabt; ja Patient wollte in den letzten Tagen das Morphium überhaupt nicht mehr nehmen. Er hatte guten Schlaf und Appetit. Die Behandlung des Kranken hat darin bestanden, dass er von Anfang an ein prolongirtes warmes Bad bekommen hat. Vom 23. Juni an Abends 2 Grm. Trional und an jedem Morgen nach einer Magenausheberung eine Ausspülung mit Karlsbader Salz. Opium und derartige Mittel wurden nicht angewendet. Diese Beobachtung lässt keineswegs definitive Schlüsse ziehen, ist aber geeignet, weitere Beobachtungen nach dieser Richtung anzustellen.

Die Hypothese, von der ich ausgegangen war, hat sich nicht vollständig gerechtfertigt. Allerdings traf sie insofern zu, als während des Morphiumgebrauches die Salzsäure zurückging und fast ganz verschwand und mit dem Aufhören des Morphiums allmälig wieder anstieg; aber von einer eigentlichen Hyperacidität kann man, abgesehen von einem Procentgehalt von 0·192, nicht reden. Nichtsdestoweniger hat die Cur zu sehr günstigen und unerwarteten Resultaten geführt; es sind nicht allein die Abstinenzerscheinungen, die auf den Magen zu beziehen sind, sondern alle anderen fortgeblieben. Auf die Frage, wie das zu erklären sei, muss zunächst erklärt werden, dass dem Kranken kein Morphium auf Umwegen beigebracht worden ist. Dann könnte man fragen, ob die Dosis von 0·25 Grm. Morphium bei einem Menschen, der an grössere Dosen gewöhnt ist, überhaupt geeignet ist, bei späterer Abgewöhnung Abstinenzerscheinungen hervorzurufen. Aber zahlreiche Fälle zeigen, dass nach Abgewöhnung geringerer Dosen Abstinenzerscheinungen eingetreten sind. Dann könnte auch das Trional in dieser günstigen Weise eingewirkt haben. Dasselbe ist ein ausgezeichnetes Schlafmittel, das ich allen anderen Schlafmitteln vorziehe. Doch hat sich nach *Schäfer* das Trional gegen Abstinenzerscheinungen nach Morphium und Cocain nicht bewiesen. Ferner hat der Kranke bei früheren Curen vom verwandten Sulfonal nur dürftige Erfolge zu verzeichnen gehabt. Es bleibt also nur die Erklärung übrig, dass die morgendliche Expression und darauffolgende Ausspülung mit Karlsbader Salz das günstige Resultat erzielt hat. Man kann sich hierüber folgende Vorstellung machen: wenn in der That innerhalb einer Stunde nach Einführung des Morphiums in den Organismus etwa die Hälfte desselben durch die Secretionsorgane des Magens ausgeschieden wird, so müssen die Magennerven einer so intensiven Narcose unterworfen werden, dass es a priori sehr glaublich erscheint, wo die plötzliche Sistirung dieses Vorganges zu sehr erheblichen Abstinenzerscheinungen





von Seiten der Magennerven führen und allerhand abnorme Zustände durch die Vagusbahn auslösen wird. Ist dieses der Fall, so wird man weiter annehmen können, dass die Magennerven sich zu der Zeit in einem Zustande veränderter Erregbarkeit befinden, indem schon normale Reize als ein krankhafter Reiz empfunden werden. Es würde also in diesem Falle der normale Gehalt der Salzsäure in ähnlicher Weise einwirken als bei einem gesunden Magen der krankhaft erhöhte Salzsäuregehalt. Es kommt hier noch dazu, dass diese Kranken ja in Folge des prolongirten Morphiumgebrauches und der Cur an chronischer Anacidität gelitten haben, so dass ihre Magenwandungen von einer Einwirkung eines normalen Salzsäuregehaltes entblösst waren. Ich habe nun an der Hand dieser Erfahrung solchen Kranken, die dauernd Morphium nahmen, Salzsäure zugeführt; denn es schien mir nicht unwahrscheinlich, dass der Morphiumhunger, an dem die Kranken leiden, durch die künstlich producirte Anacidität hervorgerufen sei, und umgekehrt in denjenigen Fällen, wo der normale Gehalt des Magensaftes als ein schädliches Agens erschien, diesen herabgesetzt.

# Kleine Mittheilungen.

176. ***E. Freimann*** behandelt mehr oder weniger ***ulcerirende Hämorrhoidalknoten*** mit Jodglycerin und wendet je nach Empfindlichkeit der Patientinnen die folgenden 2 Lösungen an:

| Schwache Lösung. | | Starke Lösung. | |
|---|---|---|---|
| *Kal. jodat.* | *2·0.* | *Kal. jodat.* | *5·0.* |
| *Jodi puri* | *0·20.* | *Jodi* | *1·0.* |
| *Glycerin.* | *35·0.* | *Glycerin.* | *35·0.* |

(Revue obstetr. et gyn. — Frauenarzt. 1892. 12.)

177. ***Gegen Trübungen der Cornea*** empfiehlt ***J. Mitvalsky*** Massage des Auges mit folgender Salbe:

Rp. *Unguent. cinerei,*
*Lanolini aa. part. un. aur.*
*Vaselini flavi part. duas.*

Man bringt eine kleine Menge dieser Salbe mit der Spitze eines Stäbchens in den Conjunctivalsak ein und lässt das Auge des Kranken vor dem Zurückziehen des Stäbchens schliessen. Dann führt man mit Hilfe eines Baumwollstückchens sanfte Bewegungen auf die geschlossenen Lider aus. Diese Massage darf nur einige Secunden dauern. (Revue internat. de Thérap. et Pharmacolog.)

178. ***Lysol gegen die Blennorrhagie*** wird von Dr. ***V. Carballo*** in folgender Weise zur Anwendung empfohlen: Nachdem der Kranke die Blase seines Inhaltes entleert hat, muss er die Harnröhre mit Wasser von der Temperatur 35° C. ausspülen und darauf 22·0—15·0 einer der nachstehenden Lösungen injiciren:

1. Rp. *Lysol* *1·0.*
*Aq. dest.* *100·0.*
*Tinct. Opii croc.* *3·0.*
2. Rp. *Lysol* *1·0.*
*Aq. dest.* *100·0.*
*Cocain. muriatic.* *0·50.*

Die injicirte Flüssigkeit wird 4—5 Minuten in der Harnröhre zurückgehalten und in der ersten Zeit 3mal täglich wiederholt. Man setzt die Injectionen bis 4 oder 6 Tage nach Beseitigung des Ausflusses fort.

(Boletin de med. de Chile. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 8.)

179. ***Actoca racemosa*** hält ***James Brunton*** gegen Dysmenorrhoe und die von nervöser Depression begleiteten Ovarialneuralgie für sehr wirksam. Er wendet die Tinctur aus den Wurzelknollen dieser amerikanischen Pflanze an, 3mal täglich 20—30 Tropfen derselben, und zwar verordnet er zu gleicher Zeit ein Eisen-



präparat, auch wenn die Kranke nicht anämisch ist. Wenn man diese Behandlung 3—4 Tage vor dem Erscheinen der Menses einleitet, so gelingt es im Allgemeinen, die begleitenden dysmenorrhoischen Schmerzen zu unterdrücken oder zu besänftigen.

180. ***Flüssiges Jodvaselin*** wird nach *Chrismer* in folgender Weise hergestellt: Eine bestimmte Quantität Jod wird in möglichst wenig Aether gelöst und die ätherische Lösung flüssigem Vaselin zugefügt. Auf diese Weise erhält man eine sehr wirksame Jodsalbe, welche sich durch grosse Haltbarkeit auszeichnet.
(Der prakt. Arzt. 1893. 1.)

181. ***Schmerzhafte Hämorrhoidalknoten*** werden mit Vortheil nach Abwaschung mit einer schwachen Sublimatlösung mit folgender Salbe bestrichen:

Rp. *Lanolini* 50·0.
*Vaselini* 20·0.
*Aq. dest.* 30·0.
*M. f. ungt.*
S. Aeusserlich.

Die Salbe kann auch auf Tampons gestrichen in den Mastdarm eingeführt werden. Sie wirkt schmerzstillend. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 2.)

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Döderlein, Dr. Albert,* Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Leipzig, Leitfaden für den geburtshilflichen Operationscurs. Mit 98 Abbildungen. Leipzig, Verlag von Eduard Besold (Arthur Georgi), 1893.

*Nil Filatow,* a. o. Professor der Kinderheilkunde an der kaiserl Universität zu Moskau und Director des Charkow'schen Kinderspitales. Klinische Vorlesungen über Diagnostik und Therapie der Darmcatarrhe der Kinder, mit besonderer Berücksichtigung des Säuglingsalters. Mit Genehmigung des Verfassers nach der dritten russischen Auflage übersetzt von L. Polonsky, Kinderarzt in Schitomir (Russland). Wien 1893, Verlag von Josef Šafář.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

182. ***Ueber den Werth der elektrischen Behandlung bei Schlaflähmungen.*** *Von Dr.* ***C. Delprat,*** *Chef der elektro-therapeutischen Poliklinik an der Universität Amsterdam. (Deutsche med. Wochenschrift. 1893. 3.)*

Verf. erweist in dieser Abhandlung, dass bei den sogenannten Schlaflähmungen mit der elektrischen Behandlung keine besseren Resultate erreicht werden, wie mit der rein suggestiven Methode. Er stützt hiermit durch einen Beweis wenigstens für diese Lähmungen die von *Möbius* aufgestellte These, dass es durch nichts bewiesen sei, dass die Elektricität bei organischen Lähmungen heilend wirkt, und weiters die Anschauung von *Möbius,* dass in den Fällen, in welchen die Elektricität zweifellos hilft, wie bei Schmerzen, Parästhesien, motorischen Reizerscheinungen u. s. w., man ihre Wirkung der Suggestion zuschreiben müsse. Verf. hat nun sehr genaue, detaillirt angegebene Untersuchungen vorgenommen, ob bei einer bestimmten Form der peripherischen Paralysen, bei den sogenannten Schlaflähmungen der oberen Extremitäten, der galvanische oder der faradische Strom vorzuziehen sei, oder ob überhaupt hier die elektrische Behandlung einigen Nutzen habe. Ein Theil der Patienten wurde mit dem faradischen, ein anderer mit dem galvanischen Strome, ein dritter Theil endlich nur scheinbar behandelt, indem die Leitung an einer Stelle unterbrochen wurde, so dass kein Strom passirte und die Armmuskeln nur einer so geringen Effleurage unterzogen wurden, dass auch nicht die geringste Reaction folgen konnte. Von jedem Kranken wurde nach genauer Untersuchung die Kraft aufgezeichnet, mit welcher die gesunde, und die, mit welcher die kranke Hand den metallenen Federdynamometer von *Matthieu* zusammendrückte. In dieser Weise erhielt man für jeden Patienten zwei Reihen von Ziffern, welche zu zwei Curven vereinigt wurden, von denen die eine den Verlauf der Heilung der kranken Hand, die andere die Schwankungen in der Kraft der gesunden Hand vorstellte. Von 87 Fällen von Schlaflähmung wurden 33 mit dem faradischen Strome, 28 mit dem galvanischen und 26 mit der Pseudoelektrisation (Scheinbehandlung) behandelt. Aus den vom Verf. nun zusammengestellten Sammelcurven ersieht man, dass die scheinbar behandelten Fälle, im Allgemeinen die schwersten Lähmungen betreffend, den grössten Fortschritt machen. Verf. schliesst aus einer Vergleichung des Verlaufes der Curven: 1. Dass die von ihm befolgten Methoden der elektrischen Behandlung bei dieser Art von peripherischer Lähmungen in ihrem Effecte auf den Heilungs-

process wenig von einander abweichen. 2. Dass dieser Effect wenigstens nicht grösser ist, als der einer rein suggestiven Pseudobehandlung. 3. Dass die Suggestion ihren Einfluss nicht geltend macht in der von *Möbius* gedachten Weise des direct fühlbaren, denn in diesem Falle hätte man von den Methoden, bei welchen der Strom direct gefühlt wird, einen grösseren Effect erhalten müssen. Diese Schlüsse, welche in der That geeignet sind, „ein etwas präciseres Mass für die Beurtheilung des Effectes der Elektricität zu geben", sind um so interessanter, als die Arbeit von einem Kliniker stammt, dem als Vorstand der elektrotherapeutischen Poliklinik gewiss nicht Voreingenommenheit gegen die Elektrotherapie zum Vorwurfe gemacht werden kann und der reichliches Material zu diesbezüglichen Studien besitzt. *Prof. Kisch.*

183. ***Beiträge zur Pathologie des Herzens.*** *Von Dr. **H. Hochhaus**, Kiel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI. Heft 1. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 3.)*

I. Fall von intra vitam diagnosticirtem Offenbleiben des Ductus Botalli, der im 24. Lebensjahr an septischer Endocarditis zu Grunde gegangen ist. II. Beschreibung zweier Fälle, in denen in unmittelbarem Anschluss an eine Contusion des Thorax bei bis dahin ganz gesunden Individuen Kurzathmigkeit, Schmerz im Rücken und auf der Brust, Pulsbeschleunigung und Unregelmässigkeit desselben — kurz unzweifelhaft Symptome einer Myocarditis eintraten. III. 2 Fälle von anfallsweise auftretender Tachycardie höchsten Grades (bis 200 Herzcontractionen in der Minute). In beiden Fällen ging die Tachycardie mit hochgradiger Dilatatio cordis einher, um so hochgradiger, je länger die Anfälle dauerten. Sie haben das überraschende Aufhören aller Symptome mit dem Sistiren des Anfalles gemein. Die Ursache der periodischen Lähmung des Vagus, als welche die Tachycardie aufzufassen ist, erscheint noch ziemlich dunkel. In einem der Fälle war eine acute Ueberanstrengung die Ursache eines überaus heftigen, 9 Tage anhaltenden Anfalles. Hier liesse sich aus der Dehnung des Herzens und die durch dieselbe hervorgerufene Reizung der Herzganglien vielleicht die Erklärung für das Eintreten der Tachycardie finden.

184. ***Zur Pathologie und Therapie der Autointoxication.*** *Von Privatdocent Dr. **A. Pick**, Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 46 u. 47. — Deutsche Med.-Ztg. 1892. 103.)*

Bereits den Alten war es bekannt, dass gewisse Schwindelformen im Zusammenhange mit Verdauungsstörungen vorkommen. Das Eigenthümliche dieser Schwindelformen besteht darin, dass gleichzeitig Störungen im Digestionstract einhergehen. Der Schwindel unterscheidet sich in nichts von den Schwindelempfindungen bei anderen Erkrankungen. Die Anfälle bestehen in der Regel längere Zeit, sei es, dass sie des Morgens auftreten oder zu anderen Stunden des Tages sich einstellen und mehrere Stunden fortdauern. Nur in seltenen Fällen entwickelt sich der Zustand plötzlich nach einer Digestionsstörung. Charakteristisch für alle diese Schwindelformen ist es, dass die Behebung der Affectionen des Verdauungstractus gleichzeitig auch den Schwindel zur Heilung bringt. Die Thatsache, dass im Anschluss an Magenerweiterung schwere Fälle von Tetanie beobachtet wurden, brachte Verf. auf die Vermuthung.

dass hierbei die Autointoxication als ursächliches Moment eine wichtige Rolle spiele und auf Grund der Untersuchung eines grossen Krankenmateriales gelangte er zu der Ueberzeugung, dass auf gleiche Weise die verschiedensten Erscheinungen von Seiten des Nervensystems hervorgerufen werden können. Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes auf Salzsäure ergab in der Regel keine oder nur geringe Abweichung von der Norm; die organischen Säuren waren in grosser Menge vorhanden. Das übelriechende Aufstossen, welches bei vielen Kranken ein constantes Symptom ist, ist möglicher Weise auf Scatol zu beziehen. In einzelnen Fällen war eine Verlangsamung der motorischen Leistungsfähigkeit des Magens und Darmes deutlich nachzuweisen. Die subjectiven Erscheinungen bestanden zumeist in einem Gefühl von Völle nach dem Essen, auch nach der Einnahme von nur geringen Quantitäten von Nahrung. Wenn saures Aufstossen vorhanden ist, so erfolgt dasselbe gleich, respective kurze Zeit nach eingenommener Nahrung. Späterhin tritt gasartiges Aufstossen ein, welches nicht selten von üblem Geruche ist. Der Stuhlgang ist häufig träge. Die Gemüthsstimmung der Kranken ist meist eine sehr gedrückte. Von cerebralen Erscheinungen ist in erster Linie Kopfschmerz zu erwähnen, der als Hemicranie oder in Form einer diffusen Schmerzhaftigkeit des Kopfes auftreten kann. In einzelnen Fällen besteht nur das Gefühl von Druck. Nicht selten ist eine Verlangsamung der Herzaction wahrnehmbar; bei anderen besteht eine gesteigerte Erregbarkeit des Herzens, in vereinzelten Fällen klagen die Patienten über Druck in der Herzgegend, über Beklommenheit, unbestimmte Angstzustände. In einem Falle trat nach der Mahlzeit Bewusstlosigkeit mit clonischen Krämpfen auf. Schlaflosigkeit besteht fast immer; mitunter ist Platzangst vorhanden.

Als Ursache dieser Erkrankung glaubt Verf. in erster Linie den Mangel an Bewegung ansehen zu müssen, an welchem die meisten Leute der gebildeten Stände leiden. Besonders das viele Sitzen führt zu einer Atonie der Bauchmuskeln und hieraus ergibt sich ein Sinken des intraabdominellen Druckes und in Folge dieses letzteren Umstandes können die Eingeweide dem Gasdrucke mehr nachgeben und werden über die Norm gebläht. In der neuesten Zeit hat besonders *Bouchard* auf den Zusammenhang zwischen Autointoxication und Neurosen hingewiesen. Er legt ein grosses Gewicht speciell auf die Magendilatation, welche er für ein sehr häufiges Leiden hält; doch scheint er unter Dilatation auch die Fälle von Atonie des Magens mitzubegreifen. Die angeführten Symptome passen ebenso gut auf die Atonie des Magens. Bezüglich des Zusammenhanges zwischen Dyspepsie und nervösen Erscheinungen erwähnt *Bouchard*, dass die Dyspepsie in $^7/_8$ der Fälle Begleiterscheinung einer Magenerweiterung gewesen ist. Nach seiner Schilderung sind die Kranken beim Erwachen niedergeschlagen; nach Verlauf einer halben Stunde haben sie oft ihre Munterkeit wiedererlangt; sie klagen über einen ringförmigen Schmerz um den Kopf, Schlaflosigkeit, Schwindelgefühl, Verdunklung des Gesichtsfeldes, Hallucinationen, Gefühl von partiellem Einschlafen der Glieder, Herzklopfen. Die Therapie muss entsprechend den voraufgegangenen Ausführungen eine antisep-

tische, respective eine antifermentative sein. Der Erfolg einer solchen Behandlung ist, wenn die Diagnose richtig ist, ein überraschender und macht sich bei günstiger Wirkung bereits nach 2—3 Tagen geltend. Ueberhaupt ist ein Erfolg von der inneren Antisepsis nur dann zu erwarten, wenn derselbe bereits in den ersten Tagen sich zeigt. In den meisten Fällen gab Verf. den Kranken das Kreosot zu 0·05 pro dosi in Gelatinekapseln, dreimal täglich nach dem Essen zu nehmen; ferner das Ammonium sulphoichthyolicum in der Dosis von 0·1 in Kapseln, dreimal täglich 1—2 Kapseln zu nehmen. Beide Mittel wirkten nun zunächst insbesondere derart, dass die Gasansammlungen im Verdauungstracte verhindert wurden; zugleich stellte sich sehr schnell eine Appetitsteigerung ein. Neben der medicamentösen Behandlung wurden die Patienten auch gleichzeitig einer mechanischen unterworfen, um vor Allem den Tonus der Bauchpresse zu heben, zu welchem Zwecke die Uebungen von *Schreber* angeordnet wurden. das Rumpfaufrichten, die Bewegung des Axthauens, des Sägens etc. In einzelnen Fällen wurde auch Massage, speciell auch faradische Massage angewendet.

185. ***Das Erbrechen bei Kranken mit Wanderniere.*** *Von **Mathieu.** Vortrag in der Société médicale des hôpitaux zu Paris. 1892. Oct. (Allg. med. Central-Ztg. 1892. 99.)*

Ueber das Zusammentreffen von Dyspepsie mit Wanderniere ist in den letzten Jahren eine grössere Anzahl von Mittheilungen erschienen. Ihr hauptsächlichstes Symptom sind die so häufig sich wiederholenden Magenkrämpfe. Verf. hat dieselben innerhalb zwei Jahren bei 7 seiner Patienten zu beobachten Gelegenheit gehabt. Gewöhnlich geht mit ihnen unstillbares Erbrechen einher; in anderen Fällen beginnen die Magenkrämpfe damit; am häufigsten ist das Erbrechen sehr profus, findet 1—2mal täglich statt, des Morgens und des Abends, später auch öfter. Schliesslich entwickelt sich eine absolute Intoleranz des Magens. Gewöhnlich, wenn auch nicht in allen Fällen, gehen diesem Erbrechen sehr heftige Schmerzen voraus. Zuweilen klagen die Patienten über schmerzhaftes Gefühl zwischen beiden Schultern und das klinische Bild hat dann eine gewisse Aehnlichkeit mit dem runden Magengeschwür. Palpirt man das Abdomen in dem anfallsfreien Zwischenraum, so kann man im Epigastrium gewöhnlich oberhalb und rechts von dem Processus xiphoideus eine deutlich empfindliche Partie wahrnehmen. Häufig ist das Erbrochene nicht Speisereste, sondern die Patienten geben eine ziemlich abundante, mehr oder weniger klare Flüssigkeit von sich, in welcher Schleim und geringe Mengen von Speiseresten umherschwimmen. In anderen Fällen ist das Erbrechen gallig gefärbt. Die Dauer dieser Anfälle schwankt zwischen Tagen und mehreren Wochen. In allen vom Verf. beobachteten Fällen handelt es sich um neuropathisch veranlagte Patienten. Gewöhnlich litten dieselben an Verstopfung, dagegen beobachtet man Magendilatation ebensowenig, wie Dyspepsia nervosa. Verf. hat letztere nur in einem einzigen Falle zu constatiren Gelegenheit gehabt. Bei Personen, deren Mageninhalt chemisch untersucht wurde, erwies derselbe sich als arm an Salzsäure. Begreiflich ist, dass die Patienten durch das Leiden sehr heruntergekommen, in Folge dessen mager,



blass und cachectisch erscheinen; in manchen Fällen wird ihre Hautfarbe bräunlich; ihre Nervosität nimmt bisweilen einen beängstigenden Umfang an. Als prädisponirende Momente kommen in Betracht: Ueberarbeit, Gemüthsbewegung, Magencarcinom u. s. w. Was die Diagnose anlangt, so kann dieselbe begreiflicher Weise nicht ohne vorher constatirte Wanderniere gestellt werden. Von ähnlichen Leiden kommen in Betracht das Erbrechen bei Tabes dorsalis, Schwangerschaft, Hysterie, Darmverschlingung, Vergiftung. In der Regel wird man eine sichere Diagnose dann stellen können, wenn man eine methodische Exploration des Abdomen ausführt und insbesondere sich bemüht, die bewegliche Niere als solche festzustellen. Was die Behandlung anlangt, so wird man alle diejenigen Momente möglichst zu eliminiren suchen, welche das Abweichen der Niere aus ihrer gewöhnlichen Lage begünstigen. Hierher gehören vor Allem Aufrechtstehen, viel Umhergehen. Demnach wird man den Patienten möglichste Ruhe und womöglich Rückenlage dringend empfehlen. Ausserdem hat Verf. Binden construirt, welche die Patienten auf sein Geheiss tragen müssen. In dem Falle, in welchem es sich um eine starke Vorwärtsbewegung der Niere bei aufrechter Stellung des Patienten handelt, muss derselbe auf Anordnung Verf.'s abgesehen von der Binde, noch ein Kissen unter der Pelotte tragen, durch welches die Niere in ihre normale Stellung zurückgedrängt wird. Dieses Kissen ist vorwiegend von Nutzen bei schwangeren Frauen. Von Medicamenten gab Verf. beruhigende Getränke, wie Chloroformwasser, Cocainum muriaticum 0·05 pro die und Extractum Cannabis indicae 0·03 mehrmals täglich. Was die Diät anlangt, so empfiehlt Verf. Milchdiät, jedoch ist dieselbe nicht ausschliesslich zu verabreichen, sondern mit anderen Speisen, wie Eier, fein geschabtem Fleisch u. s. w., zu combiniren. In schweren Fällen, wie dort, wo starke nervöse Depression mit Abmagerung beobachtet wird, hat Verf. mit Erfolg auch alkalisirtes Fleischpulver gegeben. Uebrigens ist dies das beste Mittel, um das unstillbare Erbrechen zu beseitigen. Versagen die medicamentösen Mittel, so kommt der chirurgische Eingriff in Frage, und zwar ist es hier vorwiegend die Nephrectomie, welche er auf Grund der vorliegenden Erfahrungen empfiehlt.

186. ***Ein Fall von chronischer idiopathischer exsudativer Peritonitis.*** *Von Dr. A. Riedel. Aus dem städtischen Krankenhause in Nürnberg. (Münchener med. Wochenschr. 1892. 45. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 7.)*

Es ist noch nicht lange her, dass man überhaupt die Möglichkeit einer idiopathischen Peritonitis zugibt, indem man annahm, dass alle Fälle von chronischer Peritonitis auf Tuberculose beruhten. Die Diagnose der idiopathischen Peritonitis stützt sich auf das Bestehen eines meist im kindlichen Alter beginnenden und stetig zunehmenden Exsudates in der Abdominalhöhle, wofern sich Lebercirrhose, Neubildungen und Tuberculose ausschliessen lassen. In den meisten der beschriebenen Fälle wurde als Ursache der Erkrankung Erkältung, in einzelnen auch Trauma angegeben, in vielen liess sich keine Ursache ermitteln. Verf. hatte Gelegenheit, folgenden Fall zu beobachten, der einen 19jährigen Kaufmann betraf, welcher plötzlich unter Schüttelfrost erkrankt war. Die



Anamnese ergab, dass Patient im vierten Lebensjahre einen schweren Keuchhusten durchgemacht hatte, der sich sieben Jahre hindurch von Zeit zu Zeit wiederholte. Mit dem ersten Keuchhustenanfall beginnend, sei nun eine allmälig zunehmende Anschwellung des Bauches aufgetreten, ohne jedoch erhebliche Beschwerden zu verursachen. Vor acht und sechs Jahren, sowie vor vier Wochen sei punktirt worden, wobei jedesmal sehr viel Flüssigkeit entleert wurde. Status praesens: Kleines, schlecht entwickeltes Individuum. Sensorium frei, Hautfarbe und die der Schleimhäute cyanotisch, kein Icterus, Temperatur 41·2. Das Abdomen in toto enorm ausgedehnt, prall elastisch gespannt, überall fluctuirend. In der linken Seite, zwischen 4. und 9. Rippe, Dämpfung, Beine ödematös, Urin etwas eiweisshältig. In der folgenden Nacht Exitus letalis. Die Section ergab im Wesentlichen Folgendes: In der Unterleibshöhle etwa 15 Liter einer hellgrau durchscheinenden, etwas opalisirenden Flüssigkeit. Der ganze Inhalt der Unterleibshöhle von dem narbig und strahlig verdickten Peritoneum zu einem Knäuel umschlossen und nach oben gepresst. An verschiedenen Stellen des Peritoneums zahlreiche zartwandige, multiloculäre Cysten mit demselben Inhalt. Die Leber, mit den Nachbarorganen verwachsen, ist von einer Art Schwarte überzogen. In beiden Pleurasäcken eine Quantität derselben Flüssigkeit. Die Lungen klein und von der zur Schwarte verdickten Pleura fest umschlossen, Herzbeutel in toto verwachsen. Milz 13 : 8 : 5 Cm., Kapsel narbig, derb, knorpelig. Für die Ursache des terminellen Fiebers liessen sich keine Anhaltspunkte finden. Was den Ausgangspunkt und die Ursache der pathologischen Veränderungen anlangt, so liess sowohl der klinische, als auch der Sectionsbefund keinen sicheren Schluss zu. Tuberculose war ausgeschlossen (die Lungen waren gesund befunden worden), desgleichen Lebercirrhose. Pericarditis soll als Complication von Keuchhusten vorkommen; ob sie das Primäre war und die Entzündung der anderen serösen Häute per contiguitatem veranlasste, lässt Verf. dahingestellt. Jedenfalls dürfte nach Verf.'s Meinung der Umstand, dass analog den knäuelartigen Verwachsungen der Unterleibsorgane auch die Lungen von einer dicken Pleuraschwarte umhüllt waren, dafür sprechen, dass der ganze Process isochron verlief und der Angabe, dass die Erkrankung aus der Zeit des Keuchhustens stamme, nicht entgegenstehen.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

187. ***Ueber den jetzigen Stand der Epilepsiebehandlung.*** *Von Prof. **Eulenburg**, Berlin. (Therap. Monatsh. 1892. 11 u. 12. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 1.)*

Als Vorbedingung bei Behandlung eines Epileptikers ist eine stete und sorgfältige Journalisirung über Zahl, Art und Intensität der Anfälle, Tageszeit, Gelegenheitsursachen, Dauer, interparoxysmale Erscheinungen etc. ganz unerlässlich, denn nur unter strenger Prüfung aller dieser Verhältnisse ist eine rationelle Therapie möglich. Unter den medicamentösen Behandlungsmethoden nimmt nach



wie vor die Behandlung mit Brompräparaten die hervorragendste Stelle ein. Die Erfahrungen von Verf., *Guttmann, Binz* haben ergeben, dass die drei Alkalibromide, Kalium-, Natrium- und Ammoniumbromid, durchaus nicht als gleichwerthige Mittel zu betrachten sind, und dass die Kaliumcomponente des Broms den bedeutendsten Einfluss besitzt. Bromlithium, Bromcalcium, Bromrubidium und Bromstrontium, von verschiedener Seite gelobt, haben sich in der Therapie der Epilepsie nicht eingebürgert. Die organischen Bromverbindungen, Bromalhydrat, Bromäthylen, Bromessigsäure, Bromchinin etc., wurden mit Recht wegen ihrer unsicheren Wirkung bald aufgegeben. So sind denn nun im Wesentlichen nur die drei Alkalibromide übrig geblieben, und man ist vielfach zu einer combinirten Benutzung zweier oder aller drei Bromide übergegangen; hierbei war namentlich der Gedanke massgebend, die als besonders gefährlich und schädlich erachtete Wirkung der Kaliumcomponente mehr zurücktreten zu lassen. Namentlich ist *Erlenmeyer* für die Combination aller drei Alkalibromide (2 Th. Bromkalium, 2 Th. Bromnatrium und 1 Th. Bromammonium) eingetreten und hat eine solche Mischung in kohlensäurereichem Wasser gelöst verabreicht. Doch glaubt Verf. nicht, dass die Kaliumcomponente directen Schaden bringe; jedenfalls hat sich ihm das *Erlenmeyer*'sche Bromwasser sehr gut bewährt; die Erscheinungen des Bromismus, der cumulativen Wirkung, können zwar dabei keineswegs mit Sicherheit vermieden werden, doch treten schwere Grade der chronischen Bromintoxication bei zweckentsprechendem Gebrauche des Bromwassers nicht auf.

Für die unbemittelten Volksclassen erweisen sich als ein sehr nützliches und empfehlenswerthes Surrogat die durch *Ernst Sander* (Hamburg) eingeführten bromhaltigen Brausesalze, d. h. Pulvermischungen, in denen die Bromsalze mit entsprechenden Mengen von Natriumbicarbonat und von Citronensäure zusammen dispensirt werden, so dass bei der Lösung in Wasser eine reichliche Kohlensäureentwicklung stattfindet. Ueberhaupt soll man die Bromide nie ungelöst in Pulver- oder Pillenform nehmen, auch nicht in der concentrirten Lösung mit reinem Wasser, sondern stark verdünnt in kohlensauren Wässern. Für die Tagesdosis muss als leitender Gesichtspunkt gelten: nicht mehr, aber auch nicht weniger als nöthig; durchschnittlich wird sie bei Erwachsenen selten unter 5 Grm. der Bromidmischung hinabgehen, ebenso selten über 9 bis 10 Grm. hinaufgehen dürfen. Die Gesammtdosis für den Tag soll nur in wenige Gaben, in der Regel nicht mehr als 2 oder 3 zertheilt werden. Zur Bestimmung, zu welchen Tageszeiten die Brompräparate gegeben werden sollen, ist es durchaus nothwendig, zunächst sich Klarheit zu verschaffen, ob die Anfälle nur bei Tage, oder nur bei Nacht, ob sie nur zu gewissen oder ob sie zu ganz verschiedenen Tageszeiten auftreten; nach diesen Angaben wird sich die Vertheilung der Tagesdosen zu richten haben. Jedenfalls sollen die Bromide nach den Mahlzeiten verabreicht werden. Unter allen Umständen sollen die Präparate mindestens zwei, besser drei Jahre nach dem Auftreten der letzten Anfälle fortgebraucht werden. Während dieser ganzen Curdauer sind die Mittel womöglich keinen Tag auszusetzen. Die gewöhnlichen leichten Erschei-



nungen von „Bromismus“, wie Acne, Bronchocatarrhe, leichte Adynamie, gastrische Störungen, bedingen keineswegs eine Unterbrechung, nicht einmal eine zeitweilige Herabsetzung der Dosis, nur soll man mit peinlicher Sorgfalt auf hygienische und roborirende Schutzmassregeln achten (gute Luft, gute Ernährung, Ausleerungen, Bewegung, Hautpflege, Bäder und hydrotherapeutische Proceduren). Es gibt wohl Fälle, wenn auch dieselben sehr selten sind (wohl kaum 5 Procent aller Epileptiker), wo die Brompräparate entschieden nicht vertragen werden oder gänzlich wirkungslos bleiben. Dann bleibt nichts übrig, als zu anderen Mitteln Zuflucht zu nehmen, die dann gewöhnlich auch einen recht geringen Erfolg aufweisen. Das sind die Zink-, Kupfer-, Wismut- und Silberpräparate. Arsenik bewährt sich zuweilen, wo es gilt einige üble Nebenerscheinungen bei Bromanwendung zu entfernen; auch hat Verf. in besonders schweren, mit hochgradiger Anämie und Kräfteverfall einhergehenden Fällen von Epilepsie von der combinirten oder abwechselnden Anwendung des Broms und Arsens recht günstige Wirkung beobachtet. Die vegetabilischen Nervina und Sedativa, wie Belladonnapräparate, Cannabis indica, Lobelia, Digitalis u. s. w., bessern zuweilen den Zustand der Patienten, doch kann man diese Mittel selten länger als wenige Monate anwenden. Was nun die neuen Präparate anlangt, so wäre zunächst das Amylenhydrat *(Wildermuth)* zu erwähnen; es sollte besonders indicirt sein bei gehäuften epileptischen Anfällen, bei starkem Bromismus. Gewöhnliche Tagesdosis 2—4 Grm. in wässeriger Lösung oder rein; bei Status epilepticus auch subcutan (0·8 pro dosi). Doch hat Verf. keine guten Resultate mit dem Mittel erzielt. Antifebrin wurde von *Salm*, Antipyrin von *Germain Sée* u. A. als Nervinum empfohlen, doch haben sie sich bei Epilepsie nicht bewährt. Von vielen Autoren wurde in neuester Zeit Borax als Antiepilepticum gerühmt, namentlich bei nächtlichen Anfällen sollte Borax sich recht wirksam erweisen; doch auch dieses Mittel fand Verf. unwirksam. Dasselbe ist zu sagen von Nitroglycerin, Osmiumsäure und anderen Mitteln.

Mindestens von gleicher Wichtigkeit, wie die medicamentöse, ist die hygienisch-diätetische Behandlung der Epilepsie. Die Einhaltung einer streng geregelten, gleichmässigen Lebensweise, Verbot aller Excesse, Vermeidung der meisten Genussmittel (Kaffee, Thee, starke Gewürze) und aller Spirituosen sind jedem Epileptiker einzuschärfen. Auch das Rauchen ist zu verbieten. Bei Neigung zu nächtlichen Anfällen frühe und leichte Abendmahlzeit, unter Vermeidung von Fleisch und Fetten. Bei grosser Erschöpfung ist oft das *Weir-Mitchell*'sche Verfahren von Nutzen. Auch die Regelung der Ausscheidungen ist durchaus wichtig: Sorge für reichliche Diurese (am besten durch kohlensäurehaltiges Getränk) und tägliche Darmentleerung. Von sehr günstiger Wirkung ist bei Epileptikern der Aufenthalt in einem Höhenklima. Hydrotherapeutische Proceduren spielen bei der Behandlung der Epilepsie eine höchst hervorragende Rolle. Namentlich bei der Anwendung der Brompräparate wirkt eine vorsichtig geübte Hydrotherapie dem Eintreten schwerer Erscheinungen des Bromismus entgegen. Sehr nützlich sind in der Regel Halbbäder von 24—21° R. von 5 bis



6 Minuten Dauer, wenn möglich mit Uebergiessungen oder kräftigen Reibungen im Bad. In anderen Fällen passen nur kühle Waschungen und leichte Abreibungen. Wo Neigungen zu Kopfcongestionen bestehen, können kalte Umschläge, Eisbeutel, *Winternitz*'sche Kopfkühlkappe Vortheile darbieten. Fluss- und Seebäder sind zu widerrathen. Indifferente warme Vollbäder (von 26—28° R.) sind zuweilen als „nervenberuhigende Mittel" angezeigt. In manchen Fällen wird man mit der Temperatur dieser Bäder allmälig herabgehen können. Die Elektrotherapie entbehrt jeder rationellen Begründung, das Gleiche gilt für die moderne Suggestivtherapie. Was die chirurgisch-operative Behandlung anlangt, so ist die Beseitigung epileptogen wirkender Krankheitsreize in peripherischen Organen natürlich anzustreben; anders verhält es sich mit den operativen Eingriffen, die gegen die vermeintlichen functionellen Erkrankungsherde (der Grosshirnrinde) gerichtet sind. Gegen die chirurgische Behandlung der idiopathischen Epilepsie spricht sich Verf. entschieden aus.

188. ***Ueber das Hypnal Höchst.*** *Von **Wilhelm Filehne**. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 5.)*

Das Hypnal entsteht durch Vereinigung je eines Molecüls Chloralhydrat und Antipyrin. Im Handel existiren Präparate unter dem Namen „Hypnal", welche chemisch und in ihrer Wirkung ganz verschieden sind. Das „Hypnal" des Handels, dessen sich Verf. zuerst bediente, schmolz bei 194° C. und war in siedendem Wasser fast unlöslich; es zeigte keine Antipyrinreaction mehr (weder mit Eisenchlorid, noch mit Natriumnitrit). Es erwies sich physiologisch als durchaus unwirksam. Das Hypnal Höchst dagegen, um $H_2$ und O reicher als jenes, $CCl_3 . CH(OH)_2 . C_{11} H_{12} N_2 O$, schmilzt bei etwa 67·5° C.; es ist in heissem Wasser sehr leicht löslich und gibt (mit Eisenchlorid und Natriumnitrit) die für Antipyrin charakteristischen Reactionen. Dieses erwies sich als physiologisch prompt wirksam und rechtfertigte den Namen „Hypnal". *Hans Herz* hat dieses Präparat unter Leitung des Verf. geprüft und beziehen sich die folgenden Mittheilungen ausschliesslich auf das Hypnal Höchst. Die schlafmachende, beruhigende Wirkung des Hypnals, respective im Thierversuche die Betäubung, hängt nicht blos von seinem Gehalte an Chloralhydrat ab (45% neben 55% Antipyrin): die am Thiere eben wirksamen Dosen des Hypnals sind nicht wesentlich höher als die des Chlorals, während sie mehr als doppelt so gross sein würden, wenn nur der Chloralhydratfactor entscheidend wäre. Die Anwendung am Menschen lehrte Folgendes: Man kann das Hypnal Höchst einfach in Wasser 1 : 10 gelöst geben; es hat so wenig Geschmack, dass es eines Geschmackscorrigens kaum bedarf; eventuell kann man Syrup. cortic. aurant. oder eine aromatische Tinctur hinzufügen. In den Versuchen erfolgte nur bei erheblichen Magenerkrankungen Erbrechen. Die nöthige Dosis ist für einen Erwachsenen 1·0—1·5—2·0 Grm. (bis 3·0 Grm.). Die schlafmachende Wirkung tritt etwa nach 10 bis 30 Minuten ein. Das Hypnal Höchst erscheint als ein empfehlenswerthes, mildes, in vielen Fällen prompt wirkendes Schlafmittel, das aber — wie so viele andere Schlafmittel — auch oft im Stiche lässt. Unter 124 Versuchen, die am Menschen angestellt wurden, blieb es 27mal ganz ohne Wirkung, 20mal war die Wirkung nur



gering. Bei leichteren Aufregungszuständen Geisteskranker, bei beginnendem Delirium tremens, bei Chorea minor war es von guter Wirkung, während die schwereren Aufregungszustände Geisteskranker besser durch Chloralhydrat und Hyoscin bekämpft wurden. Essentielle Schlaflosigkeit scheint gut zu reagiren, auch bei Schlaflosigkeit, welche durch Schmerzen veranlasst ist, hat sich das Hypnal zum Theil gut bewährt — in manchen Fällen sich aber als machtlos erwiesen. Es darf erwartet werden, dass das Hypnal Höchst sich als ein nützlicher Zuwachs des Arzneivorrathes bewähren wird.

Receptformeln für Erwachsene:

1. Recept.

*Hypnali (Höchst) 10·0.*
*Solv. in Aq. destill. 100·0.*

S. Abends ein Esslöffel voll zu nehmen.

(Der „Esslöffel", wenn = 15 Ccm., enthält 1·5 Hypnal; falls die Wirkung nicht eintritt, ist nach 1/2 Stunde des Weiteren ein halber Esslöffel voll zu geben.)

(Statt Aq. destill. 100·0 kann auch Syr. cort. aurant. 20·0 und Aq. destill. 80·0 geschrieben werden.)

2. Recept.

*Hypnali (Höchst) 1·0.*
*f. pulv.*
*D. tal. dos. Nr. X.*

S. Nach Vorschrift Abends ein bis zwei Pulver zu nehmen.

*—sch.*

189. ***Ueber die Wirkung des Klebs'schen Anticholerin.*** *Von Doc. Dr.* ***Béla Angyán.*** *Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte zu Budapest. (Wiener med. Wochenschr. 1892. 48.)*

Die Versuche sind noch nicht zahlreich genug, um aus denselben ein endgiltiges Urtheil über den Werth des Mittels zu fällen, doch boten dieselben solch überraschende Resultate, dass die Vornahme weiterer Versuche jedenfalls angezeigt ist. Das Mittel wurde im Ganzen in 19 Fällen angewendet. Verf. wählte zu den Versuchen durchwegs nur sehr schwere Fälle; wo kein Puls mehr zu fühlen war, ging der Anwendung des Mittels eine Hypodermoclysis voran. Verf. benutzte nicht die von *Klebs* empfohlenen intramusculären Injectionen, die nicht selten zur Bildung von Abscessen führen, sondern subcutane Einspritzungen. Erwachsene erhielten 1 Ccm., Kinder 0·5 Ccm. pro dosi, und zwar zweistündlich so lange, bis sich irgend eine Wirkung des Mittels zeigte, hierauf dann nur 2—4mal täglich, mehr wie 6 Injectionen täglich wurden nicht gemacht. Die Wirkung des Anticholerin zeigte sich in den günstig endenden Fällen zuerst in der Erhöhung der Körpertemperatur, welche aber nur selten und dann nur für kurze Zeit 37·5° C. überschreitet. Die Diarrhoe und das Erbrechen hören oft schon am zweiten Tage auf. Das auffallend rasche Verschwinden der Cyanose kann Verf. nicht allein auf die Wirkung der vorangegangenen hypodermatischen Salzinfusion zurückführen, sondern schreibt dieselbe einestheils dem Anticholerin zu. Der Puls wird nach der Anwendung des Mittels bald kräftiger und weniger frequent, die Dyspnoe bedeutend vermindert. Die Harnausscheidung beginnt zumeist schon am ersten, selten erst am zweiten Tage der Behandlung, am dritten Tage ist dieselbe schon eine reichliche, eine Wirkung, wie sie bisher durch die übrigen gebräuchlichen Behandlungsmethoden noch nicht erzielt wurde. Von den 19 Fällen endeten 10 letal, 9 heilten, die Mortalität betrug 52 Procent. Dieses Resultat muss als ein sehr günstiges bezeichnet werden,

wenn man in Betracht zieht, dass es sich um Fälle handelte, welche sich sämmtlich im algiden Stadium befanden.

190. ***Ueber kalte und warme Umschläge.*** *Von Dr. Silex. Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 18. Jänner 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 8.)*

Ueber die physiologische Wirkung dieser vom Arzte so oft ausgeübten Medication sind die Kenntnisse noch sehr mangelhaft; man wendet Umschläge an, um Entzündungen zu bekämpfen oder Abscesse schneller zu Stande zu bringen; sowohl kalte wie warme Umschläge werden von verschiedenen Aerzten für dasselbe Uebel angewendet, wo es doch höchst nöthig wäre zu wissen, welches von beiden in dem gegebenen Falle zu bevorzugen ist. Die meisten Handbücher der Physiologie geben darüber keinen genügenden Aufschluss. Bei mässiger Einwirkung der Kälte steigt die Temperatur und umgekehrt fällt sie bei mässiger Einwirkung der Wärme. Verf. hat einschlägige Messungen vorgenommen mit Hilfe von thermoelektrischen Instrumenten, deren Feinheit in der Angabe der Schwankungen ihm gestattete, die geringsten Veränderungen schon zu erkennen. Als Versuchsthiere wurden Hunde und Kaninchen benutzt. Warme Umschläge veränderten die Temperatur in der Conjunction gesunder Thiere nur wenig. Die Kälte steigerte die Temperatur daselbst in 10 Minuten um circa 1·4° C. Bei Kaninchen fand eine Steigerung um 0·4—0·63° C. statt. Bei Hunden war der Unterschied noch etwas grösser; die Fehlerquelle, deren Vermeidung schwer ist, lag darin, dass man Gefahr läuft, nicht die Temperatur der Schleimhaut zu messen, sondern diejenige der auf ihr zufällig befindlichen Wassertropfen. Warme Umschläge ergaben widersprechende Resultate; jedenfalls verursachen sie eine vermehrte Wärmeabgabe und können dadurch eine Abkühlung von nicht entfernten Organen herbeiführen. Bei höheren Graden, von 40° C. an, erhöhen sie natürlich die Körpertemperatur. — Die Eisblase als Anwendungsmittel bei Apoplexie, bewirkt keine Stillung der Blutung, sondern einen Hautreiz, der erfrischend empfunden wird. — Die tieferen Theile sind durch die Umschläge nicht zu erreichen. Es ist nicht anzunehmen, dass bei einer Parametritis die Kälte bis zu dem erkrankten Organ hindringt, jedenfalls muss aber auf die schmerzstillende Wirkung der Compressen hingewiesen werden, die als eine Folge des Hautreizes angesehen werden kann.

191. ***Ueber einige therapeutische Indicationen des Strychnin und der Calabarbohne.*** *Von Dr. Giovanni. (Semaine méd. 1892. 56.)*

Verf. gebraucht das Strychnin sehr häufig als allgemeines Excitans, ferner um die Herzaction zu heben, besonders wenn es sich um Fälle von Herzschwäche und Hyposystoli, wie sie im Verlaufe der Pneumonie, des Ileotyphus, der Influenza und der verschiedenen Herz- und Nierenaffectionen gelegentlich auftritt, handelt. Die Resultate, welche er erhielt, waren ausgezeichnet, zuweilen überraschend, wenn er das Medicament in dreister Dosis gab. Gewöhnlich beginnt Verf. mit Tagesdosen von 1 Mgrm. in subcutaner Injection; gab er das Mittel per os, so verschrieb er als Anfangsdosis 2 Mgrm. Subcutan angewandt, kann dieselbe bis zu



2, 8, 10, ja selbst 12 Mgrm. pro die gesteigert werden, welche dann in mehreren fractionirten Dosen gegeben wird. Bei interner Anwendung des Medicamentes steigt Verf. bis auf 30, 40, ja bis auf 50 Mgrm. pro die und hat beobachtet, dass selbst diese hohen Dosen keinerlei üble Nebenerscheinungen hervorriefen, wenn man nur ganz allmälig steigt. Die einzige unangenehme Nebenwirkung war Schlaflosigkeit, die indessen unmittelbar nach Aussetzen des Medicamentes verschwand. In der von ihm angegebenen Weise angewandt, soll nach Erfahrung Verf.'s das Strychnin in Fällen wirken, in welchen die Herzschwäche bereits erheblicheren Umfang angenommen hat. Die Calabarbohne hat sich in der Behandlung von alter Hämorrhagie ausgezeichnet bewährt. Hier verschreibt Verf. Pillen, von denen eine jede 2 Cgrm. Extract. fabae calab. enthält; man steigt je nach dem Zustande des Kranken mit der Dosis, bis die gewünschte Wirkung eingetreten ist. Mit Ergotin gegeben wurden von Verf. mit Extract. ausgezeichnete Resultate bei Kopfschmerz, Schwindel und anderen Symptomen secundärer Gehirncongestion in Folge von atheromatöser Degeneration der Gefässe erzielt. Verf. verschreibt:

Rp. *Ergot.* *0·1,*
*Extract. fab. calab.* *0·02,*
*Extract. Gent. qu. sat. d. dos. 10.*

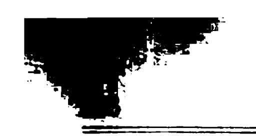
S. 1—2 Pillen, täglich steigend je nach der Toleranz des Patienten.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

192. ***Vorstellung eines Falles von Gesichtssarcom, erfolgreich mit Mosetig'schen Einspritzungen behandelt.*** *Von Dr. Lindner. Vortrag in der 54. Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 8.)*

Ein junger, kräftiger Mann kam Mitte October in die Behandlung des Verf. mit einem umfangreichen Tumor in der linken Schläfengegend. Derselbe reichte von der vorderen Haargrenze bis zur Mitte der Wange. Er bestand schon gegen zwei Jahre, ohne erhebliche Beschwerden zu machen, war jedoch im letzten Jahre sehr erheblich gewachsen und es waren heftige, reissende Schmerzen in demselben aufgetreten. Der höchste Pol der Geschwulst lag in der Gegend des Jochbogens. Die Haut war darüber zwar gespannt, jedoch nicht mit dem Tumor verwachsen. Die Consistenz war gleichmässig, prall, elastisch, nirgends Fluctuation. Die Geschwulst nicht auf der Unterlage verschieblich. Auf dem Tumor befanden sich zwei ulcerirte Stellen, welche dünnes Secret absonderten. Druckschmerzhaftigkeit bestand nicht. Aus allen diesen Symptomen wurde die Diagnose auf Sarcom gestellt und dasselbe musste für inoperabel angesehen werden. „Ut aliquid fiat" wurde vom Verf. der Tumor mit *Mosetig*'schen Einspritzungen behandelt. Seitdem hat sich nun der Tumor um zwei Drittel seiner Grösse verkleinert. Die Ulcerationen haben sich geschlossen. An der Peripherie erscheint die Neubildungsmasse fast verschwunden. Die Einspritzungen wurden alle 8 Tage von der Peripherie aus vorgenommen. Es folgte stets eine locale Reaction





darauf. Die Beschwerden sind nunmehr ebenfalls zurückgegangen. Seit 4 Wochen befindet sich Patient nicht mehr im Krankenhause und ist auch seitdem nicht mehr gespritzt worden. Und trotzdem ist die Geschwulst dann nicht mehr gewachsen. Die Annahme einer Neubildung ist am wahrscheinlichsten. In der Anamnese findet sich nichts, was für Lues sprechen könnte. Der Fall ist jedenfalls ein interessanter, und Verf. bittet Anwesende, denen solches schon vorgekommen ist, dies mitzutheilen.

193. ***Die Therapie der Coxitis tuberculosa in der Klinik des Herrn Hofrathes Billroth.*** *Von Dr. H. Thausing. Beitrag zur Chirurgie; Festschrift, gewidmet Th. Billroth. Stuttgart. Enke, 1892. (Centralbl. f. Chir. 1893. 5.)*

Die in *Billroth's* Züricher Bericht aus den Jahren 1860—1867 ausgesprochene Ansicht: „Ich bin im Ganzen nicht sehr enthusiastisch für die Hüftgelenksresectionen bei Caries eingenommen, weil man von dieser Operation a priori sagen muss, dass sie sehr selten das zu leisten im Stande ist, was eine Operation bei Caries leisten soll, die Entfernung aller erkrankten Knochentheile. — Die Resectionen der Pfanne haben ihre Grenzen", ist trotz Einführung der Antisepsis bis heute der leitende Gesichtspunkt bei der Therapie der tuberculösen Coxitis an der Klinik *Billroth's* geblieben und gewinnt ja auch jetzt nach der Aera der Frühresection bei den meisten anderen deutschen Chirurgen wieder mehr und mehr Boden. Die vorliegende Arbeit gibt nun eine kurze Darstellung der einzelnen Massnahmen bei dieser vorzugsweise exspectativen Behandlung. In dem Beginn der Erkrankung, wenn nur über leichten Knieschmerz und hinkenden Gang geklagt wird, werden Bettruhe, Versuche mit Eisbehandlung, Jodpinselungen, Bäder mit Haller Jodsalz und eine kräftige Diät angerathen, und das Kind von Zeit zu Zeit wieder nach der Klinik zur Untersuchung bestellt. Im Stadium des Druckschmerzes und der Fixirung des Gelenkes in einer pathognomonischen Stellung wird diese durch einen Extensionsverband mit selten über 5 Kgrm. Gewicht oder noch häufiger durch sofortiges Redressement in Narcose, das keine Nachtheile gebracht, zu beseitigen gesucht, und das erreichte Resultat durch einen in Hyperextension, Abduction und mittlerer Rotationsstellung angelegten Gypshosenverband fixirt. — Dieser ambulatorischen Gypsbehandlung wird bei weitem der Vorzug vor der zwar „schonenderen, aber langwierigeren" Extensionsbehandlung gegeben, da sie eine strenge Ueberwachung von kundiger Seite nicht erfordert, die Bettlägerigkeit und den ständigen deprimirenden Aufenthalt im Krankenzimmer vermeidet, den Aufenthalt auf dem Lande ermöglicht. Im Falle, dass Extension mit grösseren Gewichten nichts nützt, und das Brisement forcé nicht gelingt, werden Durchschneidung (offene oder subcutane) der Adductoren, *v. Winiwarter's* Fascioplastik und andere gegen die Ankylose gerichtete Eingriffe angewandt. Bei dem Gypshosenverband wird dicht oberhalb der Knie zwischen die beiden abducirten Extremitäten ein weiches Holzbrettchen eingegypst; an der gesunden Seite reicht er nur bis zum Knie und hat bei Erwachsenen eine besondere Form (s. Orig.). So eine Gypshose, in letzter Zeit auch abnehmbar gemacht, bleibt 6—12 Wochen liegen, wird erneuert und wechselt eventuell

ab mit Extensionsbehandlung, auch wohl mit Behandlung (Punction und Jodoformglycerineinspritzung) eines Abscesses, wenn sich ein solcher unter dem Gypsverband nicht zurückbildet. Jodoforminjectionen in oder um das Gelenk sind bisher nicht vorgenommen worden. Auch das Bestehen von alten wenig absondernden Fisteln contraindicirt nicht die ambulatorische Gypshosenbehandlung, selbst auch nicht das Brisement forcé. Die Resection kommt erst bei reichlicher Secretion, bei Kräfteverfall, Fieber, nicht schwindenden Schmerzen und bei Beckenabscessen in Betracht; ihre Resultate können daher auch nicht so gute wie bei früher Vornahme der Operation sein, sie stellt aber nur einen äussersten Nothbehelf dar.

194. ***Zur Therapie der Kniescheibenbrüche.*** *Von Dr. **Paul Klemm**. Aus der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses in Riga. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1892.)*

Verf. empfiehlt folgende Behandlung der Kniescheibenbrüche: Gleich nach der Aufnahme des Kranken wird die Kniegelenksgegend und deren Umgebung mässig massirt, wobei Gewicht darauf gelegt wird, zunächst die von der Fractur central gelegenen Gebiete zu massiren, um hier die Lymph- und Venenbahnen zur Aufnahme des Extravasates geschickt zu machen. Nach der Massage wird um das Gelenk, welches durch Watterollen vor Druck geschützt wurde, eine Heftpflaster-Testudo gelegt, welche einen mässigen Druck auf das intraarticuläre Extravasat ausübt und zugleich die Bruchfragmente in Coaptation erhält. Die so bandagirte Extremität wird in einem Schienenverbande mässig hoch gelagert. Nach 3—4 Tagen wird der Verband abgenommen und abermals massirt, besonders ausgiebig auch die Oberschenkelmusculatur. Von jetzt ab wird täglich die Massage vorgenommen. Nach Ablauf von zwei Wochen gelingen leichte passive Bewegungen und Patient wird angewiesen, Versuche zu machen, die Extremität mit gestrecktem Knie zu eleviren. Zwischen der 3. und 4. Woche waren die Patienten meist im Stande, mit einem Stocke im Zimmer umherzugehen und Ende der 5., Anfang der 6. Woche erfolgte in allen Fällen die Entlassung. Knöcherne Heilung war keinmal erzielt worden, es befand sich zwischen den Bruchfragmenten eine straffe, fibröse Verbindungsbrücke, die eine Action im Kniegelenk weiter nicht hinderte. In allen Fällen war vollkommene active Streckfähigkeit, sowie Beugung bis zu 50% erhalten. Gewiss wird sich im weiteren Verlaufe die Excursionsweite der Bewegungen noch vergrössert haben. Atrophie des Quadriceps, narbige Processe in der Umgebung des Gelenkes oder in diesem selbst sind keinmal beobachtet worden. Verf. warnt vor der Anwendung der blutigen Naht, zum Mindesten vor ihrer Verallgemeinerung, wie sie *Pfeil, Schneider* befürworteten, und empfiehlt die obige Methode, welche neben anderen Vorzügen auch den besitzt, dass sie von Jedem gehandhabt werden kann.

195. ***Ueber Darmausschaltung.*** *Von Prof. **F. Salzer**, Utrecht. (Beitr. z. Chir. Billroth's Festschr. 1892, pag. 530. — Schmidt's Jahrb. 1893. 1.)*

Unter localer Darmausschaltung versteht Verf. die Ausschneidung eines mehrere Centimeter langen Stückes Darmrohr aus dem übrigen Darmcanal mit Schonung des zugehörigen Mesenterialansatzes derart, dass das ausgeschnittene Darmstück, an seinen



Enden zugenäht oder mit denselben in die Bauchwunde implantirt, im Wesentlichen in der natürlichen oder früheren Lage verweilt. Die Vereinigung der Enden des functionirenden Darmes ist natürlich ein zweiter wichtiger Act der Operation. Da bei einzelnen localen, mit Stenose oder Fistelbildung einhergehenden Darmprocessen weder Darmresection, noch andere therapeutische Massnahmen anwendbar sind oder befriedigende Resultate liefern, lag es nahe, die locale vollständige Darmausschaltung, ein Verfahren, das besonders von Seite der Physiologen zum Studium der Darmresection zur Anwendung kommt, chirurgisch zu erproben und zu verwerthen. Aus den Thierexperimenten Verf.'s geht hervor, dass die Darmausschaltung bei einem gesunden und gut gepflegten Thiere, sogar bei Kothfüllung des vollständig zugenähten, ausgeschalteten Darmstückes nicht absolut gefahrbringend ist. Jedenfalls ergab sich hieraus die Berechtigung, im Nothfalle ähnliche Operationen am Menschen auszuführen. Am ehesten erscheint diese Operation noch indicirt in gewissen Fällen von chronischer Cöcumerkrankung. Drei derartige Kranke sind auch bereits von anderen Autoren mit der Darmausschaltung behandelt worden. Diese letztere hat gegenüber der Enteroanastomose den grossen Vortheil, dass sie die Anwendung medicamentöser und mechanischer Localtherapie in dem kranken Darmstück während des weiteren Verlaufes des pathologischen Processes ermöglicht. Was die Technik der Operation der vollständigen localen Darmausschaltung anlangt, so liegen vier Möglichkeiten vor: Totale Occlusion; Anlegung einer distalen Fistel; Anlegung einer proximalen Fistel; Anlegung zweier, einer distalen und einer proximalen Fistel. Verf. hält die Anlegung einer distalen Fistel für das beste Verfahren; nur in besonderen Fällen, z. B. beim Bestehen sehr weiter Kothfisteln, ist die totale Occlusion gestattet.

196. ***Klinische Beiträge zur Diagnose der Schwangerschaftsniere.*** *Von Dr. H. Fischer. Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 40. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 10.)*

Verf. untersuchte das Harnsediment während der Gravidität in 70 Fällen. Diese Untersuchungen ergaben: 1. Ein constantes Vorkommen von Leukocyten, theils einzeln, theils in Cylinderform, oder als Belag auf hyalinen oder granulirten Cylindern in den zwei letzten Lunarmonaten. 2. Ein verhältnissmässig häufiges Auftreten von rothen Blutzellen, hyalinen, granulirten und epithelialen Cylindern. Die rothen Blutkörperchen fanden sich 20mal bei Erst-, 11mal bei Mehrgeschwängerten, die granulirten Cylinder 9mal bei ersten, 14 mal bei wiederholten Schwangerschaften. 3. Ein auffallend häufiges Vorkommen von Blasen- und Nierenepithelien, harnsauren Krystallen, Harnsäure, Indigokrystallen, Sargdeckelformen und Fetttropfen. Die Schlüsse, welche Verf. aus seinen Untersuchungen ziehen zu dürfen glaubt, sind folgende: 1. Die transitorische Leukocyturie, sowie das Auftreten von Leukocyten in Cylinderform oder als Belag auf Cylindern, seien als Reizzustände der Nieren aufzufassen. 2. Das häufigere Auftreten von rothen Blutzellen bei Erstgebärenden, von graulichen Cylindern bei Mehrgebärenden, weist bei jenen auf acute, bei diesen auf länger dauernde Nierenver-



änderungen hin. 3. Lang andauernde, fieberhafte Erkrankungen während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, können den Reizzustand der Niere verschlimmern und in einen Entzündungszustand überführen. Die Diagnose der Schwangerschaftsniere und der Schwangerschaftsnephritis wäre folgendermassen präcisirt: Es handelt sich um Schwangerschaftsniere in jenen Fällen, wo Formelemente in mässiger Menge während der letzten 4—5 Wochen der Schwangerschaft auftreten und wo sie bald nach der Geburt verschwinden. Zahlreiche Leukocyten neben relativ kleinen Eiweissquantitäten bis 0·03 Procent, spärliche hyaline und granulirte Cylinder, spärliche rothe Blutzellen ändern die Diagnose nicht. Der Harn bei der Schwangerschaftsniere nimmt im Allgemeinen bald nach der Geburt seine normale Beschaffenheit wieder an. Für Schwangerschaftsnephritis spricht das Auftreten von Formelementen in einer früheren Periode der Gravidität ebenso, wie eine starke Zunahme der abnormen Formelemente während der letzten 4—5 Wochen der Schwangerschaft. Doch kann auch aus bisher unbekannten Gründen sich die Schwangerschaftsniere zur Schwangerschaftsnephritis steigern und in ihren weiteren Consequenzen zur Urämie und Eclampsie führen.

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

197. ***Ueber Rhinitis pseudomembranacea.*** *Von Dr. v.* ***Starck****, Kiel. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 42. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 1.)*

Drei Fälle, zwei 20jährige und einen 26jährigen Arbeiter betreffend, in denen nach wenigen Tagen heftiger Kopfschmerzen und Gefühl von Verstopftsein der Nase sich ohne nachweisbare Ursachen und ohne Temperatursteigerung die genannte Krankheit entwickelte. Sie setzte ohne vorherige stärkere schleimige oder schleimig-eiterige Secretion ein. diese trat vielmehr erst mit Nachlass der Membranbildung ein und bildete das Ende der Nasenaffection; die membranösen Massen wurden nach und nach brüchiger, weicher und gingen so in schleimig-eitrige über. Die Membranen sassen der Schleimhaut überall lose auf, nie wurden dieselben künstlich entfernt, sondern kamen bei dem Schnäuzacte ohne Schwierigkeiten heraus. Die Production war besonders in den ersten 8—14 Tagen eine massenhafte, zum Theile unverkennbare Abgüsse ausgedehnter Partien des Naseninneren darstellende. Die Membranen waren geruchlos und bestanden mikroskopisch vorwiegend aus Zellen; das Fibrinnetz war nicht so stark entwickelt, wie in diphtheritischen Häuten. Der *Löffler*'sche Diphtheriebacillus fehlte stets und hat die bacteriologische Untersuchung keinen bestimmten Aufschluss über die etwaigen Erreger der Nasenaffection gegeben. Auch der Nachweis anderweiter ätiologischer Momente gelang nicht.

198. ***Ueber Entfernung von Eisensplittern aus dem Auge.*** *Von Dr.* ***Schlösser****. Vortrag im ärztlichen Verein zu München. (Med. Neuigkeiten. 1893. 1.)*

Die Anwendung des Magneten gestattet die Entfernung von Eisensplittern aus der vorderen Augenkammer mit grosser Leichtig-

keit. Dagegen war die Beseitigung von solchen Fremdkörpern aus den hinteren Theilen des Auges bisher ebenso gefährlich als das Verbleiben derselben. — Diese Versuche erhöhten aber die Gefahr für das Auge durch den damit verbundenen Glaskörperverlust und durch die mit dem Eingriff verbundene Steigerung der Entzündung. Von grösster Bedeutung war daher die Feststellung der Thatsache, dass es möglich ist, durch die Anziehungskraft eines starken Elektromagneten einen Eisensplitter von den hinteren Theilen des Auges durch die Linse hindurch in die vordere Augenkammer zu befördern, wo seine völlige Entfernung keine weitere Schwierigkeit bietet. Verf. hatte Gelegenheit, dieses Verfahren in einem Falle anzuwenden, in welchem ein grösserer eiserner Splitter in die hintersten Partien des Glaskörpers nahe der Netzhaut eingedrungen war; es gelang auch die Entfernung auf diese Weise; aber indem der Splitter durch den Magnet mit grosser Heftigkeit angezogen wurde, und zwar offenbar in ungünstiger Richtung, erfolgte eine Verletzung des Ciliarkörpers, welche eine heftige Reizung zur Folge hatte, so dass das Schicksal des Auges gegenwärtig noch nicht entschieden ist. Von Interesse war auch der Hinweis des Verfassers auf das Verhalten von Eisentheilchen in den Medien des Auges. Es ist wiederholt beobachtet worden, dass das Eisen in der Linse resorbirt wird und in den Säftestrom gelangt. Es bildet sich eine Cataract mit eigenthümlichen punktförmigen braunen Flecken, herrührend von Rostbildung. Indem diese Flecken allmälig nach der Peripherie rücken, entsteht ein brauner Ring. Diese Erscheinung ist von Bedeutung für die in der Unfallversicherung häufig zu erörternde Frage, ob eine Verletzung des Auges stattgefunden hatte. Es kommt nämlich nicht selten vor, dass die Arbeiter das Eindringen eines Fremdkörpers gar nicht bemerken. Das Vorhandensein der erwähnten Färbung lässt nun aber mit Sicherheit auf die Anwesenheit eines Eisensplitters schliessen. Durch diese Erfahrung konnte Verf. in einigen Fällen den berechtigten Anspruch von Unfallverletzten mit Erfolg begründen.

199. ***Du laryngospasme unilatéral intermittent.*** *Par* ***Garel*** *et* ***Collet****. (Annal des malad. de l'oreille etc. 1892. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 5.)*

Die Verff. haben in 6 Fällen bei Erwachsenen eine vorübergehende Medianstellung eines — 5mal des rechten — Stimmbandes beobachtet. In allen Fällen war entweder ein Larynxcatarrh oder eine Pharyngitis granulosa oder ein nervöses Temperament vorhanden. Häufig zeigte sich bei einer Spiegeluntersuchung das Stimmband in der Mittellinie fixirt, bei der nächsten bewegte es sich während der Inspiration nur träge nach aussen und einige Minuten später war seine Beweglichkeit völlig normal. In einem Falle schien die Medianstellung nach vorgenommener Cocainisirung sofort zu verschwinden. Die Verff. erblicken in dem beobachteten Phänomen, welches in einem Falle auch mit krampfhafter Contraction des Oesophagus vergesellschaftet war, einen vorübergehenden einseitigen Laryngospasmus.

---

# Dermatologie und Syphilis.

200. ***Die chronische Urethralblennorrhoe.*** *Von Dr.* ***Ernest Finger.*** *(Arch. f. Dermat. u. Syph. 1891. Ergänzungsheft I. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 1.)*

Um die anatomischen Läsionen, welche die chronische Urethritis veranlasst, näher zu studiren, untersuchte Verf. die Harnröhre von 120 männlichen Leichen und fand bei 31 derselben Veränderungen, welche auf einen alten Tripper zurückgeführt werden mussten. Meist waren dieselben an mehreren Stellen localisirt, und zwar in der Pars pendula in 22, im Bulbus in 6, in der Pars membranacea in 2, in der Pars prostatica in 12 Fällen; ausserdem wurden Veränderungen in der Prostata 7mal, in den Samenblasen 6mal, den Nebenhoden 5mal constatirt. In der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich Verf. nur mit denjenigen 24 Fällen. in denen die gonorrhoischen Herde sich auf die Pars pendula und membranacea beschränkten, und zwar sassen sie in 17 Fällen in der ersteren allein, in 4 Fällen in ihr und dem Bulbus, in einem Falle in der Pars pendula, Bulbus und Pars membranacea, je einmal im Bulbus, respective der Pars membranacea allein. Das Wesentlichste seiner ausführlich mitgetheilten makroskopischen und mikroskopischen Befunde resumirt Verf. selbst, wie folgt: 1. Der chronische Tripper stellt sich uns dar als eine chronische Entzündung des subepithelialen Bindegewebes, die zwei Stadien durchläuft, ein erstes Stadium der Infiltration, ein zweites Stadium der Bindegewebsneubildung und dessen Schrumpfung, Schwielenbildung. 2. Neben diesen für den Process essentiellen Veränderungen haben wir noch zwei Reihen von Erscheinungen zu nennen, die theils als complicatorische, theils als consecutive Erscheinungen sich uns darstellen. 3. Als complicatorische Erscheinungen sind aufzufassen: Proliferation und catarrhalische Desquamation, schleimige Degeneration des Epithels der freien Oberfläche und der Läsionen; die Erkrankung der *Littré*'schen Drüsen, die Miterkrankung des Corpus cavernosum, endlich die sich von Zeit zu Zeit erneuernden Schübe acuter Entzündung, die meist rasch schwinden. 4. Als consecutive Erscheinungen dagegen werden wir auffassen: Die Umwandlung des Cylinderepithels in Pflasterepithel, die Destruction oder Verschliessung der Läsionen, die Zerstörung der *Littré*'schen Drüsen.

201. ***Scharlach bei Erwachsenen.*** *Von* ***C. Gimmel.*** *(Eichhorst's Klinik in Zürich. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI. — Münchener med. Wochenschr. 1892. 3.)*

In den Jahren 1881—89 kamen in Zürich und seinen Aussengemeinden 1818 Fälle von Scharlach in ärztliche Behandlung. 15·08 Procent der Fälle waren Erwachsene. Während in den anderen Jahren die Procentzahl der Erwachsenen zwischen 7·81 und 12·09 schwankte, stieg sie 1888 auf 19·91 und 1889 auf 20·08 Procent. Der Grund für diese auffallende Steigerung dürfte darin zu suchen sein, dass in den letztgenannten 2 Jahren viel ausgedehntere Epidemien herrschten, die Menge von Krankheitserregern dementsprechend eine grössere war, und ferner darin, dass, weil in

den vorausgegangenen Jahren keine grössere Epidemie herrschte, eine grössere Anzahl von Individuen die Grenze erreichen konnten (14. Lebenjahr), welche für „Erwachsene“ angenommen ist. In der Regel wurden Erwachsene in Familien inficirt, in denen zuvor Kinder erkrankt waren. Je enger die betreffenden Wohnungen waren und je dichter bewohnt, desto häufiger kamen auch Erkrankungen Erwachsener vor. Im Ganzen erscheint die Disposition zu Scharlach bei Erwachsenen etwas kleiner als bei Kindern. Der Verlauf ist bei Ersteren ein leichterer; Nephritis kommt bei ihnen seltener vor und verläuft weit leichter; Gelenksrheumatismus dagegen häufiger, ohne zu ernsten Complicationen zu führen. Die Beschreibung von 3 Fällen, in denen die Scharlachinfection von Wunden ausging, beschliesst die lehrreiche Studie.

202. ***Ueber die syphilitischen Affectionen des Gehörorganes.*** *Von Prof.* ***Julius Böke,*** *Budapest. (Jahrbbuch der Budapester Spitäler. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 5.)*

Ein 39 Jahre alter Kutscher wurde am 11. März in der Ohrenabtheilung des Rochusspitales aufgenommen. Er gibt an, dass er seit 4—5 Monaten das Gehör allmälig verloren habe. Jetzt ist er ganz taub und klagt über Schwindel und beunruhigendes Sausen. Die Untersuchung führt zur Diagnose: Trommelhöhlencatarrh mit Verdickung und Bildung einer Pseudomembran und secundärer Affection des Labyrinthes. Hierauf wird täglich comprimirte Luft durch den Catheter in die Trommelhöhle getrieben und innerlich Jodkali verabreicht. 10 Tage lang wurde diese Behandlung angewendet ohne irgend welchen Erfolg; darauf bemerkte Verf. an der Stirne des Patienten Roseola syphilitica, deren Ursprung erforschend es sich erwies, dass Patient im Monat Januar auf der syphilitischen Abtheilung des Rochusspitales gelegen ist mit ulcerirendem harten Schanker, papulösem Exanthem an der Stirne und Plaques im Munde, welche auf Gebrauch von Corrosivpillen verschwanden. Auf Grundlage dieser Daten musste Verf. die pathologischen Veränderungen des Gehörorganes und die mit denselben einhergehenden Erscheinungen als solche syphilitischer Natur auffassen, und da Patient schon eine Quecksilber- und Jodkalicur durchgemacht hat, wurde die subcutane Anwendung von Pilocarpin für zweckmässig gefunden. Vom 20. März bis 3. Mai wurden 36 Cgrm. Pilocarpin angewendet und konnte Patient als vollständig geheilt betrachtet werden, da er beiderseits das Ticken der Uhr in einer Entfernung von 30 Cm., den gewöhnlichen Ton der Sprache in 10 Meter und den Flüsterton in 5 Meter Entfernung hört; Schwindel und Sausen haben vollständig aufgehört. Das Trommelfell ist durchsichtig und in seine normale Lage zurückgekehrt, der Conus ist beiderseits in vollem Glanze sichtbar, die in die Trommelhöhle eindringende Luft gelangt ohne Zischen dahin. Die Anwendung des Pilocarpins ist somit bei auf syphilitischer Basis zu Stande gekommenen Ohrenaffectionen sehr empfehlenswerth. — Im Gehörorgan sind charakteristische Veränderungen der Syphilis nicht zu erkennen, besonders wenn sich dieselben auf die Trommelhöhle und das Labyrinth beschränken; dass dieselben jedoch im äusseren Gehörgang auftreten können, beweist das Folgende: In den Sechziger-Jahren hatte Verf. Gelegenheit, bei einer

Spitalswärterin Condylome an der Ohröffnung zu beobachten, welche sie derart acquirirte, indem sie auf der syphilitischen Abtheilung angestellt, auf syphilitische Geschwüre mittelst einer Haarnadel Charpie applicirte und mit derselben Haarnadel sich dann im Ohr herumbohrte. Abweichend von diesem Falle hatte Verf. Gelegenheit, Condylome um die Ohröffnung herum und auch im inneren Theil des äusseren Gehörganges zu beobachten, nicht durch unmittelbares Dahingelangen des syphilitischen Virus, sondern als secundäre Erscheinung der Syphilis.

203. ***Ricerche sperimentali riguardanti gli affetti delle operazioni sulla prostata.*** *Von Dr.* ***M. Latis.*** *(La riforma med. 1893. 4. Januar.)*

Die physiologische Bedeutung der Prostata ist bis nun noch nicht genau bekannt; von vielen Seiten wird ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem Hoden angenommen; von anderer Seite wieder mit der Harnfunction und Viele glauben an dem Zusammenwirken beider. Um einiges Licht in diese abweichenden Ansichten zu bringen, hat Verf. an der chirurgischen Klinik zu Bologna an 3 Hunden Versuche angestellt, und zwar, dass er bei einem Hunde einen Theil der Lobi later., bei einem zweiten fast die ganze Prostata und bei einem dritten die ganze Prostata entfernte. Die Nachwirkungen waren folgende: der erste erlag nach 3 Wochen einer profusen Diarrhoe, der zweite wurde nach 3 Wochen, der dritte nach 4 Wochen getödtet, ohne krankhafte Erscheinungen geboten zu haben. Die Prostata dieser Hunde zeigte bei der Untersuchung keine erhebliche Veränderung, auch die Hoden nicht. In einer anderen Versuchsreihe wurden die Ureteren bald rechts, bald links unterbunden. Die Autopsien ergaben Pyelonephritiden, die Prostata zeigte veränderte Texturverhältnisse, Sperma in der Blase etc. Es ist aus diesen Versuchen zu entnehmen, dass krankhafter Inhalt der Blase auf die Prostata nicht ohne Einfluss ist.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

204. ***Behandlung der chronischen Gonorrhoe.*** *Von Dr.* ***A. E. Rokey.*** *(Journ. of the Amer. med. assoc. 1892, 19, pag. 576. — Centralbl. f. Chir. 1893. 2.)*

Während seiner bacteriologischen Studien in Berlin, besonders der mikroskopischen Untersuchung von Tripperfäden, kam Verf. zu der Ansicht, dass zur Heilung der chronischen Gonorrhoe beim Manne die antiseptischen Irrigationen der Harnröhre mit Ausschabung derselben combinirt werden müssten. Die Eiterzellen, welche Gonococcen enthalten, sind nicht allein extravasirte Leucocyten, sondern viel reichlicher embryonale Zellen, die von dem inficirten Granulationsgewebe in den kleinen Fissuren und Geschwüren sich abtrennen. Die endoskopische Harnröhrenuntersuchung ergibt nicht nur Fissuren und Geschwüre, sondern auch polypöse Granulationen, die in die Harnröhre hervorspringen. Diese Granulationen sind zu entfernen. Und wenn auch Injectionen von caustischen Mitteln in die Urethra unzweifelhaft oft diese Forderung erfüllen, so meint Verf., dass seine Methode der Ausschabung der Harnröhrengranulationen praktisch bei Weitem mehr leiste. Sein Instrument, das in Berlin bei *Thallen* gemacht ist, und das er eine tiefe Urethralcurette nennt, ist so construirt, dass es, während es



eine bestimmte Portion der Harnröhrenoberfläche gründlich abschabt, keine Verletzung irgend einer anderen veranlassen soll. Der oberste Theil des Instrumentes, die Curette, wird durch einen etwas gebogenen Conus dargestellt, der 14 Löcher nach Anordnung der Gänge eines Bohrers hat. Die Lage und Anordnung der Löcher hat Verf. mit grosser Sorgfalt bestimmt und fordert daher, dass der Instrumentenmacher bei Construction des Instrumentes genau nach dem Modell in dieser Hinsicht verfahre. Die Curette geht so glatt wie jede gewöhnliche Sonde in die Urethra und schabt sanft, aber wirksam beim Herausziehen. Als wesentliche präparatorische Behandlung muss das normale Caliber der Harnröhre bestimmt werden; wenn eine Strictur besteht, muss man dieselbe erst möglichst beseitigen, denn die Behandlung mit der Urethralcurette kann erst dann statthaben, wenn eine Sonde von etwas grösserer Dicke als die Curette die Harnröhre passirt hat. Injectionen von einer $^1/_2$procentigen Zinkchloridlösung wird vortheilhaft einige Tage vor dem Curettement angewendet. Die Harnröhre wird dann cocainisirt, die Curette bis in die Blase eingeführt, dann einige Male zurückgezogen. Die Nachbarschaft des Orificium urethrae wird wirksamer mit einer einfachen Löffelcurette behandelt. Nach dem Curettement folgen eine Reihe von Tagen vielfach antiseptische Irrigationen in allmälig zunehmender Verdünnung. Wenn Verf. am Schlusse seiner Mittheilung sagt, dass die Behandlungsmethode mit Schaben und Kratzen innerhalb der Harnröhre eine recht grausame zu sein scheint, so kann ihm Ref. nur Recht geben und muss zugleich sein Bedenken aussprechen, ob nicht trotz vorsichtigster Handhabung des Instrumentes doch gesunde Theile der Harnröhrenschleimhaut beim Schaben mit verletzt werden können.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

205. ***Un caso di meningite cerebro-spinale da bacillo di Eberth.*** *Von Dr. E. Mensi. (La riforma med. 1893. Januar.)*

Die Ansichten über die pathogene Ursache der Meningitis cerebrospinalis sind getheilt, und zwar vertritt ein Theil der Kliniker die Ansicht, dass die Krankheit durch das Bacterium coli commune bedingt sei, während eine andere Reihe von Beobachtern das Pathogene im *Eberth*'schen Bacillus finden wollen. In der Zeitschrift „La riforma medica“ vom 3. Januar 1893 theilen die Doctoren *E. Mensi* und *Titocarbona* einen einschlägigen Fall mit, dessen genau pathologisch-anatomische, insbesondere aber bacteriologische Untersuchungen auf das Entschiedenste den Nachweis bringen, dass der *Eberth*'sche Bacillus die Meningitis cerebrospinalis bedinge. Als Gründe werden angeführt: 1. zeigt derselbe äusserst lebhafte Beweglichkeit, was beim Bacterium coli commune total fehlt, 2. gibt der *Eberth*'sche Bacillus keine Indolreaction, was beim Bacterium coli commune der Fall ist und 3. als wichtiges Criterum besitzt derselbe keine fermentativen und reducirenden Eigenschaften, die der Bacillus coli commune entschieden hat.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.



206. ***Beiträge zur Diagnostik der Magenkrankheiten.*** *Von **Boas**. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 17. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 5.).*

1. Die diagnostische Bedeutung des Labenzyms. Für eine Anzahl von Magenerkrankungen reicht die Bestimmung des Salzsäuregehaltes im Magensaft zur Diagnose nicht aus; sie muss durch die Untersuchung des Pepsins und Labferments ergänzt werden. Verf. hat in einer grossen Zahl von Fällen gleichzeitig die Gesammtacidität, die freie Salzsäure und endlich durch fortgesetzte Verdünnung die Grenzen festgestellt, bei welchen das Labferment und Labzymogen noch auf Milch coagulirend wirkten. Er findet, dass die Verdünnungsgrenze des Labferments etwa bei 40, die des Zymogens bei 200 und mehr liegt; die Schwankungen beim selben Individuum sind verhältnissmässig gering, durch verschiedenen Wassergehalt des Mageninhaltes, durch zeitliche Umstände etc. bedingt. Ein Magensaft, der keine frei HCl enthält, kann Labzymogen in normaler, Labferment nur in sehr geringer Menge enthalten; doch kann der Labzymogengehalt verschieden stark abgeschwächt sein. Verf. macht auf die Wichtigkeit der Untersuchung des Zymogengehaltes in diagnostischer, prognostischer und therapeutischer Beziehung aufmerksam, insofern beim Fehlen freier Salzsäure durch den Befund einer normalen Zymogenmenge eine organische Erkrankung der Magenschleimhaut mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen wird; die Störungen sind dann auf andere Ursachen (Neurosen, Stauungszustände) zurückzuführen. — 2. Ueber die diagnostische Bedeutung der Milchsäure beim Magenkrebs. Nach der Einnahme eines Probefrühstücks enthält der Magensaft nur im Fall eines vorhandenen Magenkrebses so viel Milchsäure, dass die *Uffelmann*'sche Reaction positiv ausfällt (wegen des Fehlens der Salzsäure und der Stagnation des Inhaltes, theils in Folge Strictur, theils in Folge der Degeneration der Muskelfasern). Beim Mangel freier Salzsäure ist daher der Michsäurenachweis von grosser diagnostischer Bedeutung, freilich spricht ein Ausbleiben der Reaction nicht unbedingt gegen Krebs.

207. ***Ueber die Bedeutung des Alkohols als Eiweisssparer in der Ernährung des gesunden Menschen.*** *Von **K. Miura**. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX. Heft 1 u. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 3.)*

Frühere Versuche, über welche *v. Noorden* Mittheilung gemacht hat, ergaben, dass in einem Versuche mit eiweissreicher Kost die Calorien des Alkohols besser im Sinne eines Sparmittels für Eiweiss verwerthet wurden als in Versuchen mit kleinen und mittleren Eiweissmengen in der Kost. Die vorliegende Arbeit, welche unter *v. Noorden's* kundiger Leitung in der *Gerhardt*'schen Klinik ausgeführt wurde, erörtert die Frage, ob man in jenem Resultat den Ausdruck eines allgemein giltigen biologischen Gesetzes zu erblicken habe und welche Stellung der Alkohol als Nahrungsmittel überhaupt einnehme. Die Versuche stellte Verf. an sich selbst an in 3 Versuchsreihen. Die Aufgabe war 1. mit eiweissarmer Kost sich in annäherndes Stickstoffgleichgewicht zu setzen (1. Periode, Vorperiode), sodann eine gewisse Menge Kohlen-



hydrat wegzulassen und isodyname Mengen Alkohol dafür einzuführen (2. Periode, Alkoholperiode); nachdem dieses vier Tage hindurch geschehen, wurde wieder einige Tage lang die alte Kost hergestellt, bis wiederum annähernd Stickstoffgleichgewicht bestand (3. Periode, Nachperiode); sodann wurde durch einige Tage die gleiche Menge Kohlenhydrat wie in der Alkoholperiode fortgelassen, dieses Mal aber ohne Alkohol an die Stelle treten zu lassen (4. Periode, Controlperiode); dadurch musste der Eiweisszerfall gesteigert werden und die Grösse, um welche er stieg, gab zugleich den Massstab für die etwaige eiweisssparende Kraft, welche der Alkohol in der 2. Periode entfaltet hat. 2. Das gleiche Experiment musste bei eiweissreicher Kost wiederholt werden. Aus dem ersten Versuch geht hervor, dass der Alkohol bei der eiweissarmen Kost der an Alkohol nicht gewöhnten Versuchsperson keinen eiweisssparenden Einfluss entwickelt; es wirft sich vielmehr die Frage auf, ob der Alkohol nicht gerade schädigend auf den Eiweissbestand einwirkt. Der zweite Versuch bei eiweissreicher Ernährung zeigt, dass die Eiweisszersetzung in der Alkoholperiode gerade so sich gestaltet, als ob der Alkohol fortgeblieben wäre; der 3. Versuch steht hiermit in Einklang; Verf.' Eigenversuche ergaben, dass bei eiweissarmer und eiweissreicher Kost mässige Mengen Alkohols in gleicher Weise ungeeignet sind, den eiweisssparenden Effect von Kohlenhydraten zu ersetzen.

208. ***Ueber erfolgreiche Einheilung der Katzenschilddrüse in die Bauchdecke und Auftreten von Tetanie nach deren Exstirpation.*** *Von Anton Freiherr v. Eiselsberg. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 5. — Centralbl. f. Chir. 1892. 5.)*

In dieser Arbeit liefert Verf. den Abschluss seiner früheren Studien „über Tetanie im Anschluss an Kropfoperationen" (Wien 1890). Die in der letzteren Arbeit mitgetheilten Versuche hatten zu dem Resultat geführt, dass die vom Versuchsthier selbst stammende verpflanzte Schilddrüse unter Umständen sowohl im Bauchfell als besonders auch zwischen Fascie und Bauchfell einheilen könne, ohne resorbirt zu werden und dass dadurch die Thiere vor der tödtlichen Tetanie bewahrt würden. Die verpflanzte Schilddrüse, an der mikroskopisch das normale Schilddrüsengewebe nachgewiesen werden konnte, hatte als vicariirend für die Halsdrüse dauernd functionirt. Der sichere Nachweis für diese Annahme konnte jedoch erst dann erbracht werden, wenn nach der Exstirpation dieser eingetheilten Drüse Tetanie auftrat. Dieser Nachweis ist nun dem Verf. in vier Fällen vollkommen gelungen. Wie in den zahlreichen früheren Versuchen wählte Verf. auch in diesen neueren als Versuchsthiere Katzen, weil bei ihnen höchst selten accessorische Schilddrüsen angetroffen werden, und weil diese Thiere gerade deshalb sehr prompt auf Entkropfung durch tödtlich verlaufende Tetanie reagiren. — In grösseren Zeitintervallen (von 1—3 Monaten) wurden nach einander die Drüse der einen Halsseite in die Bauchdecken transplantirt, hierauf die der anderen Halsseite exstirpirt, was reactionslos vertragen wurde, da die transplantirte Drüse functionstüchtig blieb, und endlich wurde auch die letztere exstirpirt. Auf diese allmälige Entkropfung reagirten die Thiere regelmässig durch das Auftreten tödtlich



verlaufender Tetanie. Die verpflanzten Schilddrüsen boten mikroskopisch das Bild normalen Schilddrüsengewebes Das stete Gelingen dieser Versuche war hauptsächlich begünstigt durch exacte Asepsis bei der Operation (gegenüber der Antisepsis bei früheren Versuchen) und durch die möglichst rasche Implantation der exstirpirten Drüsen.

---

## Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

209. ***Die Berufskrankheiten der Buchdrucker.*** *Von Dr.* ***Albrecht.*** *(Jahrb. f. Gesetzgebung, Verwaltung und Volkswirthschaft. 1891. — Faber, Journ. f. Buchdruckerkunst. 11. Juni 1891. — Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Suppl.)*

Verf. hat auf Grund 55jähriger Erfahrungen aus der Berliner Buchdruckercasse festgestellt, dass 61% aller in den Jahren 1857 bis 1889 vorgekommenen Todesfälle auf Krankheiten der Athmungsorgane und unter ihnen 48% allein auf Lungenschwindsucht kamen. Bleivergiftungen, welche man früher für das Setzergewerbe als besonders häufige Erkrankungen ansah, spielen jetzt keine grosse Rolle mehr. Die mittlere Lebensdauer von 1254 über 20 Jahre alt gewordenen Individuen war 42·47 Jahre, und von 100 Sterbefällen kamen 29·5 auf das Alter von 20—30 Jahren. — Mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Lungenschwindsucht beim Buchdruckergewerbe weist Verf. auf die Schädlichkeiten hin, in welchen dieselbe seiner Ansicht nach begründet ist. Einestheils handelt es sich dabei um die Luftverschlechterung der Setzerwerkstätten. anderentheils um die Staubanhäufung und Staubentwicklung, zu welcher bei den vielen todten Räumen zwischen den Gestellen, und der Gewohnheit, die Setzerkästen mittelst des Blasebalges auszublasen, die beste Gelegenheit gegeben sei. Auch können auf solche Weise die von einzelnen Schwindsüchtigen ausgehusteten Krankheitskeime in der Luft sich verbreiten. Da nun der von den Lettern herrührende metallische Staub die Schleimhaut der Athmungsorgane zu verletzen vermöge, so sei dann auch umsomehr die Möglichkeit vorhanden, dass die eingeathmeten Schwindsuchtskeime den geeigneten Boden zur Entwicklung finden. Er fordert deshalb einen festen Fussboden für die Setzersäle, häufiges feuchtes Abwaschen desselben und Vorrichtungen zur unschädlichen Reinigung der Kästen. Besonderes Gewicht sei auch darauf zu legen, dass nicht ferner schwächliche Leute, die ohnehin schon zu Erkrankungen der Lungen geneigt sind, das Setzergeschäft als ihren Erwerbszweig erwählen. *Faber* befasst sich mit der Frage der Bleivergiftung in Buchdruckereien. Der Autor liess durch einen Chemiker lange lagernden Staub aus dem Arbeitszimmer sammeln und auf Blei untersuchen. Es ergab sich, dass

| | | |
|---|---|---|
| der Staub vom Fussboden . . . . . . | 11·5% | Blei |
| aus einem Fache, 47 Cm. über dem Fussboden . . . . . . . . . . . . | 6·6 „ | „ |
| von einem Gasrohr, 1 Meter über dem Fussboden . . . . . . . . . . . . | 1·1 „ | „ |
| aus einem alten Communesetzkasten . . . | 1·1 „ | „ |

enthielt.



Ferner wurde Arbeitsstättenstaub untersucht. Er enthielt:
vom Fussboden des Hauptganges im Zeitungssetzersaal . . . . . . . . . . . . . 10% Blei
aus dem Mittelgange desselben Saales . . . 4·7% Blei.

Viermal wurde ausserdem die Luft im Setzersaal untersucht, u. zw. 1·1 Meter, respective 1·6 Meter oberhalb des Fussbodens. Blei liess sich in keinem Falle nachweisen. Man wog auch den Staub, welcher während einer bestimmten Zeit auf eine bestimmte Fläche in bestimmter Höhe über dem Fussboden niederfiel. Zu dem Zwecke stellte man eine mit Aqua destillata gefüllte Schale derartig auf, dass der Wasserspiegel 1·3 Meter oberhalb des Fussbodens sich befand, und liess die Schale 20 Stunden stehen. Der während dieser Zeit gesammelte Staub wog, bei 100° C. getrocknet, 0·24 Grm. Er war bleifrei. Auch das Waschwasser wurde untersucht, in welchem vier Setzer sich nach beendigter Arbeit die Hände gereinigt hatten. Es enthielt 0·032 Grm. Blei. Endlich wurde auch der Urin eines Setzers und der Speichel zweier Setzer auf Blei geprüft. Doch liess sich letzteres nicht nachweisen. Daraus zieht *Faber* folgende Schlüsse: Die Quelle des Bleies im Setzerstaube ist nur in geringem Grade der Setzerkasten, ist vielmehr in dem Abschleifen und Abreiben der während der Arbeit zu Boden fallenden Lettern mit dem Schuhzeug zu suchen. Daher hatte der Staub des Hauptganges 10%, derjenige des Mittelganges nur noch 4·7% Blei, während im Setzerkasten der Staub nur 1% dieses Metalles enthielt. Weiterhin ist auch zu erkennen, dass der Bleistaub nur schwer nach aufwärts sich bewegt. Am Fussboden hatte der Staub 10—11·5%, in 47 Cm. Höhe nur noch 6%, in 1 Meter Höhe nur 1·1% Blei. *Faber* berechnet die Menge Blei, welche nach vollendeter Arbeit an den Fingern haftet, auf 0·008 Grm., gibt zu, dass die tägliche Einführung dieses Quantums mit den Speisen in den Magen Bleiintoxication hervorrufen kann, bezeugt aber, dass in seiner Officin noch keiner der Setzer bleikrank geworden ist. Die vornehmste Fürsorge muss nach ihm darin bestehen, dass wenig Bleistaub auf dem Fussboden sich findet. Deshalb sollten die Setzer sich Mühe geben, so wenig Buchstaben, wie möglich, fallen zu lassen, die gefallenen alsbald wieder aufzuheben; die Geschäftsleiter aber sollen dahin streben, dass nach beendigter Arbeit die in den Gängen liegen gebliebenen Buchstaben aufgehoben werden. *E. Lewy.*

210. ***Ueber Cholera mit Berücksichtigung der jüngsten Choleraepidemie in Hamburg.*** *Von* ***v. Pettenkofer.*** *(Münchener med. Abhandlg. Reihe V, Heft 4.)*

Verf. behauptete schon vor Jahren, dass die Aetiologie der Cholera wie eine Gleichung mit drei unbekannten Grössen x, y und z erscheine, welche die Forschung aufzulösen sich bemühen müsse. x sei ein specifischer, durch den menschlichen Verkehr verbreiteter Keim, y etwas, was von Ort und Zeit ausgehe, was Verf. zeitlich-örtliche Disposition nannte, und mit z kann man die individuelle Disposition bezeichnen, welche ja in allen Infectionskrankheiten eine wichtige Rolle spielt. Die Contagionisten sind nun der Ansicht, dass das ganze x durch *Koch's* Entdeckung des Commabacillus in den Ausleerungen der Cholerakranken gefunden sei, und sie brauchen für das zeit- und ortsweise Auftreten von



Choleraepidemien zu ihrem x nur noch das z, die individuelle Disposition. Dagegen spricht die Thatsache der Existenz cholera-immuner Orte und choleraimmuner Zeiten. Zur Erforschung der Ursachen der Cholera sind nur Versuche am Menschen von Bedeutung, und Verf. entschloss sich daher, an sich selbst diese Versuche anzustellen. Bei fast leerem Magen nahm er 1 Ccm. kräftiger, frischer Bacillencultur, aufgelöst in 100 Ccm. Münchener Leitungswasser, dem Zwecks Neutralisirung der Magensäure 1 Grm. doppeltkohlensaures Natron zugesetzt war. Das Befinden Verf.'s blieb ein vollständig normales; der Stuhl wurde 31 Stunden nach der Einnahme der Bacillen breiig, die Diarrhoe steigerte sich in den nächsten Tagen bis zu dünnflüssigen Stühlen und war nach 7 Tagen wieder ganz geschwunden. Während dieser Zeit bestand häufiges Gurren und Rollen im Leibe. Alle Stuhlgänge enthielten reichliche Commabacillen. Eine besondere Diät hatte Verf. nicht befolgt. Einen ähnlichen Versuch, doch nur mit 0·1 Ccm. einer Bacillencultur unternahm *Emmerich.* Er machte nach Einnahme der Bacillen mehrere Diätfehler, nach 17 Stunden bekam er breiige Entleerungen mit Leibschmerzen, die Diarrhoen wurden sehr stark und dauerten 6 Tage an. Subjectiv bestand völliges Wohlbefinden. Alle Entleerungen zeigten zahllose Commabacillen, theilweise in Reincultur. Diese beiden Versuche sprechen nach Verf.'s Ansicht sehr dafür, dass der Commabacillus durch sein Leben im Darm das specifische Gift, welches die Cholera asiatica hervorruft, nicht erzeugt, und stimmen diese beiden Experimente sehr genau mit dem überein, was kürzlich *Bouchard* über Versuche mit Reinculturen von Commabacillen und mit Entleerungen, namentlich Harn von Cholerakranken, mitgetheilt hat.

Weiter führt Verf. aus, dass die Ausbreitung der Cholera durchaus nicht von der Temperatur abhängt, denn auch starke Winterepidemien sind beobachtet; die Bewegung der Cholera fällt zusammen mit dem Wechsel der Bodenfeuchtigkeit. Das Ansteigen der Bodenfeuchtigkeit wirkt in unserem Klima wenigstens der Entwicklung von Choleraepidemien entgegen; das Abfallen derselben, die Zeit der Austrocknung ist ihrer Entwicklung günstig. Mit der Annahme des Bacillus als alleinige Ursache lassen sich die Schwankungen der Epidemie an verschiedenen Orten nicht erklären, umsomehr sieht man aber atmosphärische Einflüsse eine entscheidende Rolle spielen. Hamburg macht seit Jahren im wachsenden Zustande ein eigenthümliches hygienisches Experiment, indem es unfiltrirtes Elbwasser durch die ganze Stadt leitet. Der ganze Boden ist dort verunreinigt und dadurch konnte der „Cholerakeim" so gut gedeihen. Ob das Trinkwasser direct oder als Schmutzwasser indirect gewirkt hat, lässt Verf. unentschieden. Auffallend bleibt, dass man von den Commabacillen trotz eifrigsten Suchens nichts im Elbwasser und nichts im Hamburger Leitungswasser finden konnte. Verf. hofft, dass die diesjährige Choleraheimsuchung Europas dazu führen wird, dass die Massregeln, welche blos auf theoretischen Anschauungen ruhen, aber den freien menschlichen Verkehr, ja selbst die Humanität in so hohem Grade beschränken, ohne eine nachweisbar praktische Wirkung zu haben, wieder auf ein geeignetes Mass zurückgeführt werden, da es nie gelingen



wird, den menschlichen Verkehr pilzdicht zu gestalten. Viel wichtiger ist es, in anderer Richtung zu wirken: man muss versuchen, die Menschen oder die Orte zu immunisiren, eine Aufgabe, die viel eher Aussicht auf Erfolg verspricht.

211. ***Ueber den Einfluss der meteorologischen Verhältnisse auf die Entstehung der croupösen oder fibrinösen Pneumonie.*** *Von Dr. P. J.* ***Kolsky.*** *Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doctorwürde. Mit 11 Curventafeln und 76 Tabellen. Moskau 1892. 252 S. (Russisch.) (Münchener med. Wochenschr. 1893. 3.)*

Die Vergleichung meteorologischer Beobachtungen vieler Jahre mit dem Auftreten, der Zunahme und der Sterblichkeit an croupöser Pneumonie (6198 Fälle) hat den Verf. zu folgenden Schlüssen gebracht: 1. Die meteorologischen Verhältnisse spielen in der Aetiologie der croupösen Pneumonie, wenn nicht die wichtigste, so doch eine bedeutende Rolle. 2. Bei meteorologischen Verhältnissen, wie sie an der Rückseite der Cyclonen oder an der östlichen Seite der Anticyclonen gefunden werden, tritt in Moskau croupöse Pneumonie öfter auf. 3. Temperaturschwankungen um 0° sind für das Auftreten von Pneumonie sehr günstig. 4. Sehr feuchte und sehr trockene Luft scheinen für die Entwicklung der Pneumonie sehr günstig zu sein. 5. Die Erkältung ist als ein sicheres ätiologisches Moment zu betrachten. 6. Bis jetzt ist kein meteorologischer Factor als einzige Ursache der Pneumonie zu betrachten.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 212. *Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie der peripherischen Nerven.*

*Von Professor* ***Theodor Kölliker****, Leipzig.*

*(Nach dessen Antrittsvorlesung: „Ueber die Fortschritte der operativen Chirurgie des Rückenmarks und der peripherischen Nerven.“ Stuttgart, Enke, 1892.)*

Die Frage, um welche es sich auf dem Gebiete der Chirurgie der peripherischen Nerven zunächst handelt, betrifft die Regeneration durchtrennter peripherischer Nerven. In anatomischer Hinsicht gelten bezüglich der Regeneration der Nerven zwei fundamentale Sätze: 1. Das peripherische Nervensystem stammt durchwegs von den Centralorganen ab. 2. Die Nervenfasern sind Abkömmlinge des Ectoderms, die Nervenscheiden und ihre Zellen sind Bildungen des Mesoderms.

Bezüglich der Regeneration durchschnittener Nerven war schon längst bekannt, dass dieselbe, und zwar in ausgedehntem Massstabe statt hat. Nicht nur einfache Durchschneidungen eines Nerven führen zur Regeneration, auch Substanzverluste peripherischer Nerven können sich vollständig ausgleichen.

Fraglich war nur, auf welche Weise, von welchen Elementen aus die Regeneration stattfindet, und eben diese Frage ist für das operative Eingreifen an peripherischen Nerven von wesentlicher



Bedeutung. Die Untersuchungen von *Vanlair, Ranvier, Assaky* und *Johnson* haben in erster Linie klärend in dieser Frage gewirkt. Das wesentliche Resultat dieser Forschungen geht dahin, dass die Regeneration der peripherischen Nerven ausschliesslich von den Achsencylindern des centralen Nervenstumpfes ausgeht. Somit spielt der centrale Nervenstumpf bei der Regeneration die Hauptrolle, von ihm aus findet das Auswachsen junger, neugebildeter Achsencylinder statt, das periphere Nervenende dient der vom centralen Nervenstumpf ausgehenden Nervenneubildung nur als Wegweiser, als Leiter zur Peripherie.

Dieser Satz ist vor Allem durch die Untersuchungen von *Vanlair* zweifellos erwiesen. Der Versuch, der beweisend ist, stellt den Vorgang dar, welchen *Vanlair* Tubulisation des nerfs bezeichnet. Schneidet man aus einem Nerven ein Stück aus und steckt man den proximalen und den distalen Nervenstumpf in das Lumen einer den Defect ausgleichenden, decalcinirten Knochenröhre, dann vollzieht sich die Regeneration dés peripheren Nervenendes durch die Röhre hindurch, also ausschliesslich vermittelst der Achsencylinder des centralen Nervenstumpfes.

Aber auch anatomische Sätze stützen diese Ansicht. So vor Allem die von *His* entwickelten Thatsachen. Die Regeneration eines Gewebes vollzieht sich nach dem embryonalen Typus. Nun haben wir aber die Achsencylinder als Fortsätze der Keimzellen des Medullarrohres zu betrachten. Da die Keimzellen zu Neuroblasten werden *(His)*, so sind die Achsencylinder als Ausläufer von Ganglienzellen anzusehen. Die Regeneration einer Nervenfaser kann daher nur von ihrer Zelle aus erfolgen. Die Betheiligung anderer Zellen ist aus dem Umstande ausgeschlossen, weil es sich alsdann um Zellen mesodermalen Ursprunges handeln würde, was der Regeneration nach dem Typus der embryonalen Entwicklung zuwiderläuft.

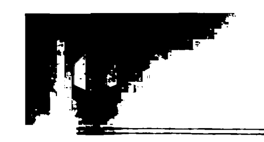
Es sind zwei moderne operative Eingriffe, welche sich auf diese anatomischen Thatsachen stützen. Einmal die Nervennaht bei Nervendefecten, dann die Nervenextraction, die Neurexairese.

Handelt es sich bei einer Nervenverletzung um einen so beträchtlichen Defect, dass derselbe auch nach Dehnung des betreffenden Nerven nicht zu vereinigen ist, dann hatten wir bislang zwischen verschiedenen Operationsmethoden zu wählen. Die hier in Frage kommenden Eingriffe sind: Die Nervenplastik, die Ausgleichung des Defectes durch ein oder zwei den Nervenstümpfen entnommenen Nervenläppchen. Die Transplantation, die Einschaltung eines menschlichen oder thierischen Nervenstückes in den Defect. Die Tubularnaht, das schon oben geschilderte Verfahren nach *Vanlair*, die Verbindung beider Nervenstümpfe vermittelst einer Knochenröhre. Die Methode von *Assaky*, Ausgleichung des Defectes durch Catgutschlingen.

Nach Verf.'s Standpunkte ist die geeignetste Nahtmethode jene, welche erstens die Nerven am wenigsten schädigt und zweitens der vom centralen Nervenstumpfe ausgehenden Nervenneubildung die geringsten Widerstände entgegensetzt.

Es ist daher die Tubulisation oder Tubularnaht, wie man das Verfahren auch bezeichnet, die idealste Methode. Bei dieser







Methode geht nichts vom Nerven verloren, die Nervenneubildung findet einen offenen Canal vor, der ihr nicht den geringsten Widerstand entgegensetzt und sie auf sicherem Wege zur Peripherie leitet. Bei der Vereinigung vermittelst Catgutschlingen und bei der Transplantation eines Nervenstückes geht gleichfalls nichts vom Nerven verloren, aber es werden der Nervenneubildung Widerstände entgegengestellt, geringere bei der Catgutschlingennaht, grössere bei der Transplantation, denn im letzteren Falle wirkt ja das implantirte Nervenstück nur als Leitband zur Peripherie, da es der Degeneration anheimfällt. Die Methode der Vereinigung vermittelst Nervenlappen ist die am wenigsten empfehlenswerthe. Denn einmal schädigt sie den Nerven selbst und legt ihm wiederum Hindernisse bei dem Vordringen der neugebildeten Nervenfasern nach der Peripherie hin in den Weg.

Verf. erachtet daher die neuerdings auch an Menschen mit Erfolg ausgeübte Tubularnaht als den besten Vorgang zur Ausgleichung von Nervendefecten. Mit der zunehmenden Sicherheit der Nervennaht bei Nervendefecten ist aber noch ein weiterer Gewinn zu verzeichnen. Er betrifft die Prognose der Exstirpation von bösartigen Nervengeschwülsten. Bei diesen Geschwulstoperationen wird man sich viel leichter wie früher entschliessen, ein Stück des Nerven zu opfern, da man nun Mittel und Wege hat, eine Wiedervereinigung der Nervenstümpfe zu erreichen.

Die zweite Operation, deren volle Würdigung gleichfalls nur auf Grundlage der neueren Untersuchungen über Regeneration der peripherischen Nerven möglich wird, ist die von *Thiersch* empfohlene Nervenextraction.

Schon von Alters her hat sich die operative Behandlung schwerer Neuralgien in die Chirurgie eingebürgert. Man versuchte früher vermittelst einfacher Durchschneidung des Nerven, durch die Neurotomie, die Neuralgie zu beheben. Die allzu häufigen Recidive der Neuralgien, veranlasst durch Regeneration des durchschnittenen Nerven, waren die Ursache, dass man an Stelle der einfachen Nervendurchschneidung die Ausschneidung eines Stückes des Nerven setzte, die Neurectomie. Aber bald zeigte sich, dass auch dieser Eingriff noch nicht vor Rückfällen schützt. Die regenerative Energie des Nervengewebes ist eben, wie alle experimentellen Untersuchungen beweisen, eine sehr erhebliche. *Thiersch* ging daher noch einen Schritt weiter und hat durch die Nervenextraction eine Methode gegeben, vermittelst welcher es gelingt, die ganze periphere Ausbreitung eines Nerven zu entfernen.

Die Operation besteht darin, dass man den freigelegten Nervenstamm mit einer von *Thiersch* dazu angegebenen Nervenklemme quer fasst und ausdreht. Beim Ausdrehen wickelt sich die ganze periphere Ausbreitung und ein gutes Theil des centralen Endes der Nerven auf die Branchen der Klemme auf. Die bis jetzt mit diesem Verfahren erreichten Resultate sind derart, dass man mit Freuden den Eingriff als einen segenbringenden bezeichnen darf, denn schon ist eine stattliche Reihe von erfolgreich behandelten Neuralgien zu verzeichnen; es gelingt damit, eine Reihe von Kranken, die mit der so entsetzlichen Neuralgie der Gesichtsnerven behaftet sind, zu heilen.



Schliesslich gedenkt Verf. noch einer Operation an den Nerven, die ebenfalls der neueren Zeit ihre Entstehung und Entwicklung verdankt: die Nervenlösung, die Neurolysis.

Während die bis jetzt erwähnten Operationen Nervenverletzungen, die Nervenschmerzen und die Nervengeschwülste zu behandeln haben, ist die Nervenlösung gegen ein anderes Leiden gerichtet, gegen die Drucklähmung peripherischer Nerven, die sogenannte peripherische Lähmung, gelegentlich aber auch gegen Neuralgien peripherer Natur.

Die Nervenlösung hat die Aufgabe, einen im Narbengewebe oder in einem Callus eingebetteten Nerven von diesem schädigenden Druck zu befreien oder auch den Druck, der auf einen Nerven durch eine Geschwulst, einen Knochenauswuchs, ein verschobenes Knochenbruchstück, einen verrenkten Knochen ausgeübt wird, zu beheben.

Es rufen Narben nur ausnahmsweise eine Neuralgie hervor, indem oberflächlich gelegene Nerven mit einer Hautnarbe verwachsen und so einer Dehnung und Zerrung unterworfen werden; für gewöhnlich entsteht durch den Druck der Narbe eine Leitungslähmung, eine sogenannte periphere Lähmung. Die Nervenlösung nun befreit den Nerven von der beengenden Narbe, von dem Drucke des Callus u. s. f. und nach Ausführung der Operation der Nervenlösung sieht man auch in diesem Falle wieder die experimentell gewonnenen Erfahrungen sich auf's Neue bestätigen: nach Aufhebung des Druckes kommt es zur Regeneration des Nerven, damit zur Restitution der Function, die vom centralen Nervenstumpfe ausgehende Nervenneubildung benützt das degenerirte periphere Nervenende als Leitband zur Peripherie, die Leitung stellt sich wieder her.

Die Nervenlösung wird in der Weise vorgenommen, dass man den Nerven zunächst peripher oder central von der geschädigten Stelle aufsucht, um ihn dann bis zu derselben zu verfolgen. Es folgt dann die eigentliche Lösung und Befreiung des Nerven aus dem comprimirenden Gewebe. Nach vollständiger Freilegung des Nerven ist es angezeigt, ihn auch einer sowohl centralen als peripheren Dehnung zu unterwerfen, nicht allein um etwaige noch nicht getrennte Verwachsungen zu lösen, sondern auch um die durch physiologische Untersuchungen bekannt gewordene Wirkung der Nervendehnung ausnützen zu können. Es wird nämlich durch die Nervendehnung der Blutzufluss im Nerven und somit dessen Ernährung und Stoffwechsel erhöht, was gerade nach einer Nervenlösung von besonderem Werthe ist.

Nach geschehener Neurolysis erwächst nun die weitere Aufgabe, die schädigende Ursache dauernd zu entfernen. Zu diesem Zwecke muss einmal das Narben- oder Knochengewebe, welches den Druck ausgeübt hat, ausgiebig entfernt werden; es muss weiterhin dafür Sorge getragen werden, dass die Heilung ohne Eiterung erfolgt, damit der Nerv nicht neuerdings in festes Narbengewebe eingebettet werde. Ist es Knochengewebe gewesen, welches den Nerven gedrückt hat, so vermeide man, dass der Nerv wieder mit dem Knochen verwachse. Man schalte daher Weichtheile zwischen Knochen und Nerven ein.



Verf. selbst hat bei einer Nervenlösung am Nervus ulnaris am Ellbogengelenke den abgeflachten Sulcus ulnaris mit dem Hohlmeissel vertieft und einen gestielten Lappen aus Unterhautfettgewebe als Lager für den Nerven in die Knochenrinne verschoben. Ist ein oberflächlicher Nerv mit einer Hautnarbe verwachsen, so wird man durch Lappenplastik denselben mit narbenfreier Haut bedecken.

---

# Literatur.

213. ***Pathologisch-anatomische Tafeln*** *nach frischen Präparaten, mit erläuterndem anatomisch-klinischem Text. Unter Mitwirkung von Dr.* ***Alfred Kast,*** *Professor der klinischen Medicin in Breslau, früherem Director der Hamburger Staatskrankenhäuser, redigirt von Dr.* ***Theodor Rumpel,*** *Directions-Assistenten am Neuen allgemeinen Krankenhaus in Hamburg. Chromographie, Druck und Verlag der Kunstanstalt (vormals Gustav W. Seitz) A.-G. Wandsbeck, Hamburg.*

Dank den Fortschritten der vervielfältigenden Künste und der Initiative der Herausgeber kommen wir in die Lage, einen für die Praxis und die Erlernung der pathologischen Anatomie gleich wichtigen Atlas, an dessen Herstellung man noch vor wenigen Jahren der Kosten wegen sich kaum gewagt hätte, unserem gesammten Leserkreise empfehlen zu können. Die auf den Tafeln der vorliegenden Hefte dargestellten Präparate sind nach sehr instructiven Fällen mit solcher Treue der Cadaverfärbung illustrirt, dass man der künstlerischen Reproduction unbedingtes Lob zollen muss. Die uns vorliegenden 2 Lieferungen zu je 4 Tafeln enthalten folgende Darstellungen: *C I* Aneurysma des Anfangstheiles der Aorta; *R III* Aneurysma einer Pulmonalarterie bei Lungenschwindsucht; *D I* Chronische interstitielle Entzündung der Leber und der Leberkapsel; *F IV* Gangrän des Pharynx und des Nasenrachenraumes; *F V* Krebs des Zwölffingerdarmes; *F VI* Zottenkrebs des Zwölffingerdarmes; *F VII* Miliartuberculose des Peritoneums; *K Ia* Knochenmark bei perniciöser Anämie; *K Ib* Knochenmark bei Leukämie. Das reichhaltige Material der grossen Krankenhäuser wird in diesem Werke äusserst zweckmässig verwerthet. Wie wir dem Prospect entnehmen, wird die im Januar, beziehungsweise Februar erscheinende 4. und 5. Lieferung — Cholera asiatica — Krankheitsbilder enthalten. Statt jeder weiteren Ausführung möchten wir folgendes Urtheil *Ziegler's* über die ihm vorgelegten Abbildungen citiren: „Die in dem Probeheft enthaltenen Abbildungen pathologisch-anatomischer Präparate gefallen mir grösstentheils sehr gut und ich finde, dass durch die Art der Ausführung die betreffenden pathologischen Veränderungen sehr deutlich und charakteristisch wiedergegeben sind. Eine Sammlung solcher Tafeln, welche in geeigneter Auswahl die wichtigsten pathologischen Veränderungen der Organe, namentlich solche, welche besonders durch Farbenveränderungen charakterisirt, demnach an Spirituspräparaten nicht mehr zu erkennen sind, zur Darstellung bringen, würde ein sehr werthvolles Hilfsmittel für den Unterricht in der pathologischen Anatomie geben." Wir haben nur noch hinzuzufügen, dass die einzelnen Abbildungen durch kurze Bemerkungen und knappe Darstellung des bezüglichen Krankheitsfalles erläutert sind. Sehr interessant ist z. B. der Fall Zottenkrebs des Zwölffingerdarmes: bei dem im 74. Lebensjahre verstorbenen Manne wurde 1870 von *Skoda* die



Diagnose auf Leberkrebs gestellt. Der Mann starb 19 Jahre später. Die Eigenthümlichkeiten des klinischen Verlaufes erklären sich durch die nur vorübergehend erfolgende Verlegung der Papilla biliaria von Seiten der wachsenden, später wieder zerfallenden Tumormassen. Der Preis der einzelnen Lieferungen ist ein so geringer, dass die Anschaffung des Atlasses selbst dem nur mit bescheidenen Mitteln ausgestatteten Mediciner ermöglicht wird. —*at.*

214. ***Aerztliche Mittheilungen aus Abbazia.*** *Von Dr.* ***Julius Glax,*** *k. k. Universitätsprofessor und dirigirender Arzt der Curcommission und der Curanstalten der k. k. priv. Südbahngesellschaft in Abbazia. 1. Heft. Abbazia als klimatische Winterstation. ihre hygienischen und meteorologischen Verhältnisse. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1892.*

In die Reihe der wissenschaftlichen Publicationen, welche der Feier des 25jährigen Wirkens von *Billroth* an der Universität in Wien ihre Anregung verdankten, gehört auch die vorliegende dem gefeierten Gelehrten gewidmete Schrift, welche, wie uns die Vorrede belehrt, das erste Heft einer Reihe von Beobachtungen und Studien darstellt, welche *Glax* theils in Abbazia, theils an der medicinischen Klinik und im physiologischen Institute in Graz ausgeführt hat. Als Einleitung zu dieser Beobachtung finden wir im vorliegenden Heft eine Schilderung von Abbazia als klimatische Winterstation. Wie wir daraus erfahren, war Prof. *L. v. Schrötter* der Erste unter den Aerzten Oesterreichs, welcher auf die günstigen klimatischen Verhältnisse Abbazias aufmerksam gemacht hat; seit jener Zeit haben die bedeutendsten Kliniker Oesterreichs und Deutschlands die hohe Bedeutung desselben als klimatische Winterstation anerkannt. Jedoch würde man dem Urtheile selbst der genannten Kliniker die subjective Färbung zumuthen dürfen, so trifft *Virchow* den Nagel auf den Kopf, wenn er in seinem Berichte an die Berliner medicinische Gesellschaft aus der Fülle seiner naturwissenschaftlichen Bildung schöpfend, aus den in Abbazia im Freien überwinternden Gewächsen der Subtropen nach eigener Anschauung den südlichen Charakter Abbazias feststellt. Damit tritt dieser Curort in gleiche Linie mit denen der Riviera di Ponente. Nach *Glax* ist das milde Klima von Abbazia, welches um beiläufig 2 Grade nördlicher als die letztgenannten Curorte liegt, hauptsächlich durch die Deckung gegen nördliche Windrichtungen und durch die temperaturausgleichende Wirkung des Meeres bedingt. Die mittlere Jahrestemperatur Abbazias (13·9° C.) ist höher als jene der unter derselben Breite im Binnenlande gelegenen österreichischen Curorte und steht dem Jahresmittel der Riviera di Ponente näher als dem von Görz. Von den Schlusssätzen, in denen Verf. die meteorologischen Daten über Abbazia zusammenfasst, heben wir noch die folgenden hervor: Die tiefsten Temperaturen, welche in Abbazia bisher beobachtet wurden, sind nicht wesentlich niedriger als jene von Nizza und Cannes. Der Luftdruck in Abbazia ist ein hoher und entspricht jenem an den Curorten der Riviera di Ponente. Die relative Luftfeuchtigkeit Abbazias ist wesentlich grösser als jene der Riviera und der südtirolischen Winterstationen und die an unserem Curorte beobachtete Niederschlagsmenge ist mehr als doppelt so gross als jene der genannten Orte. In Abbazia fällt viel seltener Schnee als in Gries, Arco und Görz. Abbazia besitzt durch die umgebenden Berge einen ausreichenden Schutz gegen rauhe Winde. Abbazia vereinigt sonach alle Eigenschaften des Küstenklimas und zeichnet



sich, sowie die Curorte der italienischen und französischen Riviera durch Gleichmässigkeit der Temperatur und hohen Barometerstand aus, unterscheidet sich aber von den genannten Orten durch einen höheren Feuchtigkeitsgehalt der Luft und eine weit grössere Niederschlagsmenge.

—*rs.*

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

215. ***Ueber Trional als Schlafmittel.*** *Von Dr.* ***Brie****, I. Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Bonn. Vortrag, gehalten im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz zu Bonn den 19. Nov. 1892. (Neurol. Centralbl. 1892. 24.)*

Das Trional verdanken wir den Untersuchungen über die Wirkung und die chemische Constitution einiger Sulfone von *Kast* und *Baumann*, die sich ja bereits durch die Entdeckung und Einführung des Sulfonals in die Therapie in hohem Grade verdient gemacht haben. Zwei andere der Sulfonkörper schienen dann wegen ihrer stärkeren hypnotischen Wirkung und des Fehlens schädlicher Nebenwirkungen noch besonders weiterer Prüfung werth zu sein, umsomehr, als *Kast* und *Baumann* nach ihren Thierversuchen annehmen zu müssen glaubten, dass mit der Zahl der in's Molecül eingeführten Aethylgruppen eine Steigerung der Schlafwirkung stattfinde, dass also Tetronal und vier Aethylgruppen stärker sich erweise, als Trional mit drei Aethylgruppen und dieses wieder stärker als Sulfonal mit zwei Aethylgruppen, was sich freilich in dieser Weise nicht so genau beim Menschen bestätigte. Nachdem die beiden neuen Mittel, Trional und Tetronal, zuerst im Hamburger allgemeinen Krankenhause bei einer Anzahl von Kranken durch *Barth* und *Rumpel* zur Anwendung gebracht und wegen der guten Resultate von diesen zu ausgedehnteren Untersuchungen empfohlen worden waren, wurden dieselben in der Bonner Anstalt durch *Schultze* an einem grossen Krankenmaterial einer sorgfältigen Prüfung unterworfen. Die Ergebnisse sprachen sehr zu Gunsten des Trional. Inzwischen sind nun auch von anderen psychiatrischen Anstalten und Kliniken, so besonders von Jena und Halle, die *Schultze*'schen Mittheilungen bestätigende Berichte über die Erfolge mit Trional veröffentlicht worden. Das Trional ist ein weisses Pulver, ähnlich dem Sulfonal, schwer in Wasser von gewöhnlicher Temperatur (320 Th.) löslich, leichter löslich in heissem Wasser, leicht in Alkohol und Aether. Die wässerige Lösung hat einen ganz schwach bitteren Geschmack, der aber nie Anlass zu einer Klage von Seiten der Patienten gab. Es sind von Mitte August bis Mitte November wiederum bei 42 Kranken circa 600·0 Grm. Trional mit 360 Einzelgaben zu 1·0 bis 3·0 Grm. verbraucht worden. Es wurde als feines Pulver $^1/_2$ Stunde vor dem Schlafengehen meist in heissem Wasser gelöst und nach Zusatz von kaltem Wasser gegeben. Unter den 42 Patienten war nur ein einziger Maniakalischer mit sehr starker Erregung, der es anfangs grösstentheils ausspuckte, zur Zeit, wo er auch die Nahrung verweigerte; später nahm er das Trional und wurde ruhiger. Sonst wurde es stets gern genommen, auch von Solchen, die sich gegen Opium und andere Hypnotica sträubten. Nach den Krankheitsformen und der Art der Schlafstörung lassen sich die behandelten Fälle am besten in fünf Gruppen zusammenstellen. Erstens haben wir 11 Fälle mit Depressionszuständen melancholischen oder hypo-

chondrischen Charakters, leichteren oder schwereren Grades, die zwar dauernd ruhig waren, aber hauptsächlich auch über Schlaflosigkeit zu klagen hatten. Hier führte Trional immer einen 7—9stündigen Schlaf herbei, wirkte durchgehends sehr prompt nach circa 1/2 Stunde ohne unangenehme Nebenerscheinungen, und ohne dass die Patienten am nächsten Tage irgend welche Beschwerden hatten. Als Dosis genügte bei den leichteren Fällen 1·0 Grm., in schwereren dagegen ist es besser, mit 2·0 anzufangen, weil nach 1·0 die Kranken schon ziemlich früh erwachten, wenn mehrmals 2·0 mit ausgezeichnetem Erfolge gegeben worden waren, dann war für die nächste Zeit oft 1·0 ausreichend. Ein Patient, der 3 Wochen ununterbrochen jeden Abend 1—2 Grm. Trional nahm, vertrug dasselbe sehr gut, während er zuvor nach mehrmaligem Gebrauche von 3 Grm. Amylenhydrat gastrische Störungen bekommen hatte. Zu erwähnen ist eine Hysterica, die von allen Hypnoticis, die sie erhielt, wenig Erfolg zu haben angab, die aber jedesmal ihren Schlaf lobte, wenn sie Trional genommen hatte; gab man zwischendurch, ohne dass sie es wusste, Sulfonal in gleicher Dosis, so äusserte sie sich nicht so befriedigend. Auch sie nahm Trional 14 Tage hintereinander, ohne dass das Allgemeinbefinden gestört wurde und ohne dass Gewöhnung eintrat. Auch ist die ausgezeichnete Wirkung bei einem an Schlaflosigkeit leidenden Neurastheniker hervorzuheben. Es schliesst sich daran die zweite Gruppe mit 4 Fällen von agitirter Melancholie. Bei drei derselben war bereits eine andere Behandlung vorhergegangen, in einem Falle eine wochenlang fortgesetzte Opiumbehandlung, im zweiten war Amylenhydrat, später Opium angewandt worden, und im dritten wegen allzugrosser Unruhe Morphiuminjectionen, aber Alles ohne recht befriedigende Resultate. Die Nächte waren wohl öfters besser, doch manchmal trat nur eine kurz vorübergehende Ruhe ein. Mit 2 Grm. Trional erzielten wir bei zwei Kranken sofort einen guten Schlaf und die ganze Nacht hindurch anhaltende Ruhe; bei diesen hatte später auch 1 Grm. ergiebige Wirkung.

Bei den maniakalischen Erregungszuständen, einschliesslich der paralytischen Tobsucht, sind besonders die Fälle mit hochgradiger Unruhe, welche Nachts die ganze Abtheilung stören, für die Prüfung des Schlafmittels heranzuziehen. Wenngleich wir hier nicht immer sichere und volle Wirkung sahen, wo auch die anderen gebräuchlichen Hypnotica oft im Stich lassen, so sind doch die Erfolge durch Trional sehr beachtenswerth. Dass bei diesen Zuständen Dosen von 2 Grm. und öfters als sonst von 3 Grm. nöthig waren, ist selbstverständlich. Aber unter 10 Fällen war nur ein Misserfolg zu verzeichnen, und zwar handelte es sich dabei um eine schwächliche Kranke, welche nach 2 Grm. Trional nur kurze Zeit Ruhe hielt, am nächsten Abend nach 3 Grm. bis 12 Uhr schlief, dann jedoch mehrmals Erbrechen bekam. Wegen der gastrischen Störung und weil Patientin nachher ruhig blieb, konnte das Trional bei ihr nicht weiter versucht werden. Ob das Trional allein oder noch andere Umstände die Magenstörung herbeigeführt hatten, ist nicht bestimmt zu sagen. Dergleichen Nebenwirkungen kamen sonst nicht zur Beobachtung. Nur eine jugendliche Kranke, die schon oft hinter einander 2 Grm. Trional mit guter Wirkung erhalten hatte, erschien eines Tages duslig und schläfrig und klagte kurze Zeit über Uebelkeit. Andere Kranke waren wohl am nächsten Morgen noch müde, einzelne wurden unter der Trionalbehandlung im Allgemeinen ruhiger. Schwindel, Ataxie aber und dergl., wie es sich bei Sulfonal öfters zeigt, trat nie ein. Die Kranken



gaben bisweilen an, dass sie bald nach dem Einnehmen wie betrunken würden und nicht schnell genug in's Bett kommen könnten. Ich hatte oft Gelegenheit, neben dem Trional hier die Wirkung anderer Hypnotica, besonders des Chlorals, Paraldehyds, Sulfonals und Tetronals zu vergleichen. Aber wo das Trional nicht intensiv und lange genug zu wirken schien, war das Resultat mit den anderen kein besseres. Die Kranken schliefen nach 2·0 Trional stets mindestens von 9—3 Uhr, also doch 6 Stunden. — Ich möchte noch hervorheben, dass Sulfonal und Tetronal nach meinen Beobachtungen in der Weise sich in ihrer Wirksamkeit vom Trional unterscheiden, dass Sulfonal später einwirkt und länger und oft cumulirend nachwirkt; Tetronal noch schneller wirkt, als Trional, aber in seiner Wirkung nicht so lange anhält. Verschiedene Kranke gaben ganz regelmässig an, wenn sie Tetronal bekommen hatten, nur die halbe Nacht geschlafen zu haben, während die gleiche Dosis Trional bis zum Morgen in diesen Fällen wirksam blieb. Auch in den 8 Fällen der vierten Gruppe, wo die Hallucinationen im Vordergrund der Erscheinungen standen, die Kranken (mit hallucin. Verwirrtheit und hallucin. Paranoia) erregt und schlaflos waren, war stets mit Trional ausreichender Schlaf zu erzielen.

Das Resultat mit Trional ist also nach dem übereinstimmenden Ergebnisse der bisherigen Beobachtungen ein ausserordentlich günstiges. Es ist als Schlafmittel unter den ersten zu nennen und zu empfehlen. Es wird, glaube ich, an Stelle von Sulfonal treten, wo nicht absichtlich eine protrahirte Wirkung herbeigeführt werden soll, und es wird auch vor allen anderen sehr oft den Vorzug erhalten, weil es so gut wie geschmacklos ist, sich leicht nimmt, schnell wirkt und nur selten und sehr geringe Nebenwirkungen zeigt. Es ist indicirt sowohl bei einfacher Agrypnie, als auch bei der mit Unruhe und selbst stärkerer Erregung einhergehenden Schlaflosigkeit psychisch Kranker.

---

# Kleine Mittheilungen.

216. ***Locale Anästhesie.*** *Dobisch* empfiehlt die Mischung von Chloroform 10·0, Aether 15·0, Menthol 1·0 mit *Richardson*'schem Zerstäuber auf das Operationsfeld gestäubt. Gewöhnlich tritt schon nach Verlauf einer Minute völlige Anästhesie ein und hält 2—6 Minuten an. Sogar die Naht verursacht keinerlei Beschwerden. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 2.)

217. ***Oedematöse Schwellung des Präputium als Nebenwirkung des Antipyrin.*** *Von Dr. A. Freudenberg in Berlin. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 5.)*

Dass das Antipyrin ein Mittel ist, dessen Gebrauch häufig Nebenwirkungen mit sich bringt, dass diese sich mit Vorliebe auf der Haut abspielen — masern- oder scharlachähnliche Exantheme, Purpura, Urticaria, Miliaria etc. — ist bekannt. Auch ödematöse Schwellungen, am häufigsten im Gesicht, sind danach beobachtet worden. Ueber Oedeme der Vorhaut als Nebenwirkung bei innerem Antipyringebrauch berichtet Verf. Die Nebenwirkung trat nach der einmaligen Einnahme von 0·5 des Mittels ein.

*—sch.*

218. ***Castration wegen Neurosen und Psychosen bei männlichen Individuen.*** *(Med. Record. 1892. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 6.)*

Jetzt sollen in Amerika die armen nervösen Männer ebenso gut an die Reihe des Messers kommen, wie ihre weiblichen Leidensgefährten. Dr. *J. Putnam* theilt einen solchen Fall mit, der einen Mann betraf, welcher mit 38 Jahren auf eigenen





Wunsch von seinen Hoden befreit wurde. Er ist seit der Zeit ruhiger geworden und sein Verlangen nach Wein und Weib ist geschwunden. Aber er ist nach wie vor unzuverlässig in seinen Handlungen, misstrauisch und bedarf nach wie vor strenger Ueberwachung. Mit Recht hebt der Medical Record hervor, dass diese Operation keine Zukunft besitzen wird, so wenig wie die Castration nervöser Frauen, weil beide Verfahren auf ganz absurden Principien fussen. Leider aber spielt die Castration nervöser Frauen immer noch eine grosse Rolle, wenn auch die Publicationen über diesen Gegenstand seltener werden. Man fängt an, sich zu schämen.

219. ***Behandlung der Cholera mit Chloroformmischung.*** *Von* ***Desprez.*** *(Union méd. 1892, 110. — Centralbl. f. klin. Med. 1892. 3.)*

Verf. empfiehlt auf's Neue sein bereits im Jahre 1867 mitgetheiltes Behandlungsverfahren der Cholera mit Chloroformmischung.

| | |
|---|---|
| *Chloroform.* | *1·0.* |
| *Alcohol.* | *8·0.* |
| *Ammon. acet.* | *10·0.* |
| *Aq. dest.* | *110·0.* |
| *Syr. morph. muriat.* | *40·0.* |

S. halbstündlich einen Esslöffel voll zu nehmen. Die Erfolge dieses Mittels sollen ausgezeichnet sein. Auch andere Aerzte berichten von vorzüglichen Ergebnissen. Verf. verordnet auch bei Leuten, die täglich mit Cholerakranken zusammenkommen, mehrmals täglich ein halbes Glas Chloroformwasser zu trinken (mit etwas Syr. cort. aurant. etc.). Dasselbe ist vollkommen unschädlich. Mit Zerstäubung dieses Wassers kann man Wohnungen Cholerakranker desinficiren.

220. ***Sterilisirte Jodoformölemulsion.*** *Nach Prof.* ***Garré.*** *(Pharm. Centralhalle. 1893. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892.)*

In Folge der Berichte von *Stubenrauch* über unangenehme Zwischenfälle nach Einspritzung sterilisirter Jodoform-Gummi-, sowie Jodoform-Glycerinmischungen theilt Prof. *Garré* mit, dass in der Tübinger Klinik bei Anwendung von Jodoformölemulsion niemals ähnliche Erscheinungen eingetreten sind. — Die Herstellung der Jodoformölemulsion ist die folgende: Das Olivenöl wird durch Aufkochen sterilisirt; die Emulsion wird in einem weithalsigen, mit Glasstöpel verschliessbaren Präparatencylinder durch kräftiges Schütteln hergestellt, indem erst nach dem Erkalten des Oeles (um Jodabspaltung zu vermeiden) die nöthige Menge Jodoformpulver, 10 Procent, zugesetzt wird. Das Glasgefäss ist vorher durch Auswaschen mit Sublimatlösung und Nachspülen mit Aether gereinigt worden. Als geeignetste Jodoformsorte hat sich das auf elektrolytischem Wege hergestellte feinpulverige Jodoform *Schering's* erwiesen.

221. ***Einen Fall von spontan zurückgebildetem Carcinom*** stellte ***Billroth*** der k. k. Gesellschaft der Aerzte in der Sitzung am 27. Januar 1893 vor. Die vorgestellte 50jährige Patientin bemerkte zuerst vor 7 Jahren im Bereich der linken Mammilla eine Geschwulst, welche allmälig zu Apfelgrösse heranwuchs. Die Brustwarze wurde schwärzlich, vertrocknete und fiel ab. Seit 2 Jahren soll der Tumor beständig kleiner geworden sein und gegenwärtig lässt sich nur noch eine grosse Narbe, eine förmliche Krebsnarbe, constatiren, deren härtliche Ränder das geschrumpfte Carcinom verrathen. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 11.)

222. ***Eine Geburt unter recht ungewöhnlichen Umständen*** beschreibt ***Th. Grigorow*** (Chirurgitscheskij Westnik, referirt in der St. Petersburger med. Wochenschr. 1892. 7). Eine Primipara fühlt im Eisenbahnwagen die Geburt nahen. Sie eilt zum Abtritt, findet diesen jedoch verschlossen und stürzt darauf wieder zurück auf die Plattform des Wagens. Während der Zug sich eben in Bewegung setzt, gebärt sie im Stehen. Die Nabelschnur reisst, und das Kind fällt auf den Bahnkörper. Hier wird es lebend, kräftig schreiend und nur mit unbedeutenden rothen Flecken aufgefunden. Die Absicht des Mordes war vollständig ausgeschlossen.

---

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Bornträger, Dr. J.,* Kreisphysikus, Marine-Stabsarzt a. D. Desinfection *oder* Verhütung und Vertreibung ansteckender Krankheiten. Für Aerzte. Verwaltungsbeamte und Gebildete jedes Berufes dargestellt. Leipzig 1893, Verlag von H. Hartung & Sohn.



Diagnostisches Lexikon für praktische Aerzte. 11.—28. Lieferung. Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner herausgegeben von *Dr. Anton Bum* und *Dr. M. T. Schnirer*, Redacteure der „Wiener Medizinischen Presse". Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1893.

*Duncker, H. C. J.*, Berlin. Die physikalische Prüfung der Desinfection mit Wasserdampf. Berlin, Verlag von Eugen Grosser, 1892.

*Runge, Dr. Max*, o. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director der Frauenklinik an der Universität Göttingen. Die Krankheiten der ersten Lebenstage. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Veit, Dr. J.*, Berlin, Privatdocent an der Universität. Zur Technik complicirter Laparotomien. (Berliner Klinik. Heft 56.) Berlin, NW. Fischer's medic. Buchhandlung, 1893.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

---

***Dr. Unna's dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1893.*** Da der Preis für die Aufgabe des vorigen Jahres nicht ertheilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt dieses Mal das Doppelte des vorigen, d. h. 600 Mark. Die Preisaufgabe für dieses Jahr lautet also: „Schwund und Regeneration des elastischen Gewebes der Haut unter verschiedenen pathologischen Verhältnissen." Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfangs December 1893 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss, Hamburg, Hohe Bleichen, einzureichen. Die Herren Prof. *Klebs* und *Hoyer* haben auch für dieses Jahr es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen. Genauere Bedingungen und Mittheilungen über die Preisaufgabe sind von genanntem Verlage zu beziehen.

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

223. ***Ueber ösophageale Auscultation.*** *Von Dr. A. Hoffmann, Düsseldorf. (Centralbl. f. klin. Med. 1892. 48.)*

Die anatomische Lage des Oesophagus innerhalb der Brusthöhle bringt ihn in nahe topographische Beziehungen zu den übrigen Organen derselben. Abgesehen von dem Kehlkopf, der Trachea und den Lungen, die in seinem oberen Verlaufe in unmittelbarer Nähe gelagert sind, verläuft er weiter abwärts dicht an der Herzbasis, sowie an der Aorta entlang. Die Erwägung dieser Verhältnisse veranlasste nun den Verf., eine Auscultation von der Speiseröhre aus zu versuchen. Als Werkzeug diente ein weicher Magenschlauch, wie er zum Zweck der Magenausspülung allgemein im Gebranch ist. Das obere offene Ende desselben wurde mit einem kurzen, dicken Glasrohr versehen, an welchem an seiner anderen Oeffnung die Ohrplatte eines Stethoskops angekittet war. Der Schlauch selbst ist von seiner Spitze angefangen mit Centimetereintheilung versehen, so dass man sich jederzeit durch einfaches Ablesen darüber unterrichten kann, wie viel Centimeter tief, von den Zähnen an gerechnet, sich die Spitze der Sonde befindet. Verf. hat nun im Laufe der letzten zwei Jahre bei den meisten Patienten, bei denen er eine Magenausspülung vornahm, diese mit dem beschriebenen Gummischlauch gemacht und am Ende einer jeden, wenn der Magen leer war, das Glasrohr, welches den Uebergang von der Sonde zu den am Trichter befindlichen Gummischlauch vermittelt, mit dem mit Horchplatte versehenen Glasrohr ausgetauscht. Legt man das Ohr an, so hört man beim langsamen, mit Unterbrechungen vorgenommenen Herausziehen des Schlauches eine Reihe verschiedener Auscultationsphänomene. Zunächst macht sich ein Gurren und Rasseln bemerkbar, welches im Magen oder auch in der Sonde entsteht, indem die dort befindliche Flüssigkeit bei den Athembewegungen, oder auch wohl bei den Magenbewegungen selbst bewegt wird. Zugleich hört man schon, wenn die Sonde noch mehr als 45 Cm. tief eingeführt ist, also mit ihrer Spitze sich noch im Magen befindet, deutlich die Herztöne, namentlich wenn man die Versuchsperson eine kurze Zeit den Athem anhalten lässt. Als Drittes hört man das scharfe, in der Trachea und in dem Kehlkopf entstehende Athemgeräusch. Zieht man nun die Sonde oder — wie Verf. das Instrument nennt — das „Endostethoskop“ weiter heraus, so werden die Herztöne deutlicher und sind, wenn das Instrument noch circa 35 bis 30 Cm. tief eingeführt ist, am deutlichsten. Lässt man den Patienten den Athem einhalten, so hört man sie überraschend

laut. Die Systole klingt häufig als accentuirter Doppelschlag, die Diastole ist weniger laut. Zwischen 30 und 25 Cm. sind die Töne wieder leiser und haben einen etwas anderen Klang. Der Doppelton ist nicht wahrzunehmen. Weiter oben hört man die Herztöne nicht mehr, nur noch das Athemgeräusch. Dieser in kurzen Zügen skizzirte Befund, der immer erhoben werden konnte, wenn nicht das Lumen des Endostethoskops durch Speisebröckel oder Flüssigkeit verlegt war, gab Veranlassung, die Untersuchung in letzterer Zeit häufiger und statt mit der ganz weichen Sonde mit einem elastischen Magencatheter vorzunehmen, bei empfindlichen Patienten nach vorheriger Anästhesirung der Rachenschleimhaut mit Cocain. Es wurde das Instrument ohne vorherige Magenausspülung nur 40 Cm. tief eingeführt und beim Herausziehen von 5 zu 5 Cm. oder auch öfters auscultirt. Es gelingt dies, namentlich wenn die Patienten einige Stunden nach der Mahlzeit untersucht werden, ohne besondere Schwierigkeiten Droht Erbrechen einzutreten, so kann man zeitig die Hörvorrichtung entfernen. Dies ist aber nur selten nöthig. Es ist nun vor Abschluss der Untersuchungen noch nicht möglich, ein definitives Urtheil über den diagnostischen Werth dieser Methode abzugeben. So viel kann Verf. angeben. dass in einzelnen Fällen die Auscultation des Herzens mit dem Endostethoskop zweifelhafte Geräusche sicherstellte. So bei einem Fall — er betraf einen 16jährigen Bäckerlehrling — bei dem eine Verbreitung der Herzdämpfung nach rechts bis zur Mitte des Sternums nachzuweisen war. An den gewöhnlich zur Auscultation gewählten Stellen war kein Herzgeräusch zu vernehmen. Die „ösophageale Auscultation“ ergab ein deutliches präsystolisches Geräusch. Eine wichtige Frage ist, ob auch der Entstehungsort der Geräusche, mit einem Worte, die specielle Diagnose der Klappenfehler auf diesem Wege festzustellen ist. Natürlich wird diese Art der Untersuchung nie die anderen Untersuchungsmethoden des Herzens entbehrlich machen, im Gegentheil sie höchstens ergänzen können. Aber Verf. hofft, dass die ösophageale Auscultation auch Schlüsse auf die Natur des Herzfehlers ermöglichen wird.

224. ***Eine nach Trauma rasch zum Tode führende Leukämie.*** *Von Dr. Greiwe. Aus dem St. Hedwigs-Krankenhause. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 33. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 10.)*

Der Fall erweckt dadurch ein besonderes Interesse, dass der Ausbruch der Krankheit nach einem Trauma erfolgte, dass die Leukämie unter dem Bilde des Scorbuts einsetzte und in 11 Tagen zum Tode führte. Der 28jährige Patient gab an, bis vor 3 Tagen, wo er beim Heben einer schweren Last plötzlich lebhafte Schmerzen in der linken Seite empfunden habe, völlig gesund gewesen zu sein. Hereditäre Belastung, Lues und Alkoholismus sind nicht nachweisbar. Am Tage nach dem Trauma erfolgten Blutungen aus dem Munde, welche ebenso wie die Schmerzen in der Milzgegend anhielten. Patient gibt bei der Aufnahme in das Krankenhaus an, dass er schon längere Zeit Blutflecken an der Haut bemerkt habe, dabei habe er jedoch niemals eine Beeinträchtigung seines Gesundheitsgefühles empfunden. Die Untersuchung ergibt hochgradige



Anämie, sowie zahlreiche zehnpfennig- bis thalergrosse blaurothe Hämorrhagien am Körper. Zähne und Zahnfleisch aufgelockert und geschwollen. Das Zahnfleisch blutet ununterbrochen. Leib aufgetrieben, Milzgegend auf Druck empfindlich, Urin frei von Eiweiss und Blut. Das Blut zeigte eine auffallend helle Farbe, die Zahl der rothen Blutkörperchen war stark vermindert, die der weissen sehr vermehrt. Vereinzelte Poikylocyten und kernhaltige rothe Blutkörperchen. Die Vermehrung der weissen Blutkörperchen war ausschliesslich durch grosse Lymphocyten bedingt, welche einen grossen ovalen Kern und ein schmales sich eng anschliessendes Protoplasma aufweisen. Die Lymphdrüsen waren sämmtlich vergrössert. Leber und Milz konnten als stark vergrössert nachgewiesen werden. Keine Druckempfindlichkeit des Sternums. Unter starken Blutungen aus Mund und Nase ging der Kranke zu Grunde. Die Oduction ergab ausser zahlreichen äusseren und inneren Hämorrhagien Anschwellungen der Lymphdrüsen, schlaffer Vergrösserung der Milz, infarctähnlich aussehende Tumoren in den Nieren. Knochenmark etwas blass, enthält massenhaft eosinophile Zellen. Man könnte geneigt sein, den Fall als eine Leucaemia acutissima anzusehen, wie dergleichen Fälle in letzter Zeit öfters berichtet worden sind. Mit Recht hebt jedoch der Verf. hervor, dass die Hämorrhagien auf eine schon seit längerer Zeit bestehende Diathese hinweisen und dass das Trauma nur den Anlass zum Ausbruch der tödtlichen Erscheinungen der bis dahin latenten Krankheit gegeben hat. Es dürfte nicht unwahrscheinlich sein, dass in manchen berichteten Fällen von Leucaemia acutissima es sich in ähnlicher Weise verhalten haben mag.

225. ***Zwei Fälle von Myxödem.*** *Von Dr.* ***M.*** ***Buzdygan.*** *(Przeglad lekarski. XXX. Jahrg. Nr. 4, 5, 6, 7. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 10.)*

Verf. war in der Lage, zwei Fälle von Myxödem beobachten und klinisch untersuchen zu können. Alle beide Fälle zeigten die von *Ord* als charakteristisch aufgestellten Myxödemsymptome: die charakteristische verunstaltende Schwellung der Gesichtshaut mit bedeutender Verdickung der Lippen, Augenlidern; die Stirnhaut in dicke Falten zusammengerunzelt; Verdickung der Haut an den Extremitäten; starke Vergrösserung der Zunge; Verdehnung der Mund-, Rachen- und Larynxschleimhaut mit nachfolgender Disphonie und Athemnoth; Vergrösserung der Lymphdrüsen. Blut normal ohne Leukocytose, welche in mehreren Fällen beobachtet sein soll. — Von Seite des Nervensystems Gedächtnissschwäche, psychische Depression, beschränkte Parästhesien in Form von Jucken und Brennen, auch catarrhalische Conjunctivalinjection, was *Landau* und *Ewald* als Folgen der Sympathicusreizung auffassen. — Die Schilddrüse in allen beiden Fällen abnorm. Im ersten Falle glatt, gleichmässig hart, vergrössert, woraus Verf. auf eine bindegewebige Entartung der Drüse schliesst. Im zweiten Falle verfiel die Drüse einer so starken Atrophie, dass sie nicht mehr herauszufühlen war. — Temperatur in allen beiden Fällen subnormal (36°). — Harn normal. Die Arbeit ist dadurch besonders interessant, dass Verf. seine Aufmerksamkeit auch auf die Untersuchung des Magensaftes gelenkt hat. Mehrmals wiederholte Untersuchungen des

Magensaftes haben in allen beiden Fällen bewiesen, dass nach dem normal vollendeten Verdauungsacte Mucin im Magen ausgeschieden wird — in einem Falle schon nach 3/4 Stunden, im anderen war es nur in der Frühe bei nüchternem Magen zu finden. Auch ein gewisser Zusammenhang zwischen den abnormen Functionen der Geschlechtsorgane und dem Myxödem, welches in manchen Fällen vorhanden zu sein schien, findet in einem der vom Verf. beschriebenen Fälle Unterstützung. Nämlich die Regeln haben bei der kaum 28 Jahre alten Frau schon seit 4 Jahren cessirt und die manuelle Untersuchung hat eine deutliche Atrophie des Uterus nachgewiesen.

226. ***Zur Lehre vom traumatischen Diabetes mellitus.*** *Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den sogenannten traumatischen Neurosen. Von Prof.* ***W. Ebstein.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1892. 42 u. 43. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. 2.)*

Ein 45jähriger Locomotivführer wurde im Jahre 1883 von einem Eisenbahnunfall betroffen, in Folge dessen eine Menge schwerer nervöser Erscheinungen auftraten. Als er nach vielfältigen Begutachtungen wegen Verdachtes auf Simulation in die Göttinger Klinik geschickt wurde, kam Verf. zum Resultat, dass Patient an einer schweren Neurose litte und arbeitsunfähig wäre; es wurden u. A. Schmerzhaftigkeit bei allen Bewegungen, Seh- und Hörstörungen, Hemianästhesie und auffallende Gedächtnissschwäche constatirt. Nach Verlauf von mehreren Jahren kam der Mann wegen angeblicher Besserung des Zustandes wieder zur Beobachtung in die medicinische Klinik. Er hatte in der Zwischenzeit an allgemeiner Furunculose gelitten, sein Körpergewicht hatte abgenommen, die Gedächtnissschwäche hatte sich gesteigert, die Denkfähigkeit verschlechtert. Der Urin enthielt 4·7—6·8% Zucker. Wenn auch durch ein antidiabetisches Regime der Zucker nach einiger Zeit zum Verschwinden gebracht wurde, verschlimmerte sich nach einer Erkrankung an doppelseitiger Pneumonie, welche mit einem Anfalle von Geistesstörung verbunden war, der Zustand wieder und der Urin enthielt trotz sorgfältiger Diät andauernd Zucker. An diesen Fall, welcher wiederholt in den Verdacht der Simulation gekommen war, schliesst Verf. eine Reihe interessanter Betrachtungen über frühere Gutachten (selbst *Erb* hatte in einem Gutachten vom Februar 1889 erklärt, dass die Beschwerden zum grossen Theile simulirt, zum anderen Theile übertrieben wären). Die Simulation war, abgesehen von dem erst später entdeckten Diabetes allein durch die psychischen Störungen auszuschliessen. Verf. hält es nicht für unmöglich, dass Patient bereits bei seinem ersten Aufenthalt Zucker im Urin hatte, der bei den seltenen Untersuchungen unentdeckt blieb; dafür scheinen die damals constatirten erheblichen Schwankungen des specifischen Gewichtes (bis 1032) zu sprechen. *Griesinger*, welcher in 5·7% der von ihm beobachteten Fälle von Diabetes eine traumatische Entstehung der Zuckerkrankheit constatirte, kam zu dem Ergebniss, dass eine solche in überraschend grosser Zahl statt hat; doch konnte er nur in 3 Fällen gleichzeitig nervöse und psychische Symptome beobachten. Es handelte sich fast ausschliesslich um Traumen, die mit heftigen Erschütterungen und Zerrungen verbunden waren.

Verf. glaubt, dass von den Beobachtern der traumatischen Neurose (*Oppenheim* führt nur einen Fall von Glycosurie bei Neurose nach Kopfverletzung an) der Harn viel zu wenig untersucht würde, sonst würde man, wenn auch nicht zu häufig, so doch häufiger Diabetes bei traumatischer Neurose finden.

227. ***Ueber den diagnostischen Werth der Venengeräusche am Halse.*** *Von **Bewley.** (Dublin. Journ. of med. Sciences. 1892. Mai. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 3.)*

Während ein Theil der Autoren das Vorhandensein der Venengeräusche für die Diagnose der Anämie verwerthet, wird von der anderen Partei diesem Zeichen jeglicher Werth abgesprochen. Um sich nun in dieser Beziehung ein eigenes Urtheil zu bilden, hat der Verf. 200 sonst gesunde junge Leute im Alter von 16—26 Jahren, 51 männlichen und 149 weiblichen Geschlechts, daraufhin untersucht. Die Betreffenden befanden sich dabei in aufrechter Stellung, und jeder Druck des Stethoskops wurde vermieden. Es waren von ihnen 22 ausgesprochen, 31 leicht (blasses Aussehen ohne sonstige Symptome der Erkrankung) und 147 nicht anämisch. In der ersten Classe hatten 19 = 86·4%, in der zweiten 27 = 87·1%, in der dritten 85 = 57·9% Venengeräusche. Die nicht anämischen weiblichen Untersuchungspersonen wiesen sie etwas häufiger auf als die männlichen, dort waren sie bei 64 von 104 = 61·5%, hier bei 21 unter 43 = 48·8% vorhanden. Wenn demnach also dieselben etwas öfter bei Blutarmen als bei Gesunden vorkommen, so kann doch für die Diagnose daraus kein Schluss gezogen werden, da sie auch bei über der Hälfte der nicht im Geringsten Anämischen nachgewiesen wurden. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Intensität der Geräusche, sehr laute wurden gehört dreimal = 13·6% bei der ersten, fünfmal = 16·1% bei der zweiten und siebenmal = 4·8% bei der dritten Kategorie.

228. ***Der Förster'sche Verschiebungstypus, ein objectives Symptom der traumatischen Neurose.*** *Von **S. Placzek,** Berlin. Aus der Nervenpoliklinik des Dr. Oppenheim. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 35 u. 36. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. 2.)*

Das Wesentliche des *Förster*'schen Verschiebungstypus besteht darin, dass das in centripetaler Richtung in's Gesichtsfeld hineingeführte Prüfungsobject weiter peripherisch gesehen wird, als das in centrifugaler Richtung geführte. Führt man das Object durch den ganzen Perimetermeridian hindurch, also von Peripherie durch Centrum nach Peripherie und notirt die Punkte des Sichtbarwerdens und Verschwindens, so erhält man zwei sich schneidende Gesichtsfeldgrenzen, und zwar ist jede nach der Richtung hin weiter, aus welcher das Object in's Gesichtsfeld hineingeführt wurde. Diesen Verschiebungstypus konnte Verf. in 5 Fällen von traumatischer Neurose und in einem Fall von eigentlicher Hysterie constatiren. In allen diesen Fällen war auch concentrische Gesichtsfeldeinengung nachweisbar; in einem Fall war letztere jedoch nur auf dem linken Auge vorhanden, während das rechte normale Gesichtsfeldgrenzen zeigte. Die Simulation der Symptome des Verschiebungstypus ist nach Verf. noch sicherer ausgeschlossen, als die der concentrischen Gesichtsfeldeinengung. In einem 7. Falle,



wo die Diagnose traumatische Neurose nicht ganz sicher war, fand sich neben zahlreichen subjectiven Beschwerden der *Förster*'sche Verschiebungstypus als einziges objectives Symptom.

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

229. ***Ueber die Giftwirkung des Lysolum purum.*** *Von Dr. **E. Reich**, Oels. (Therap. Monatsh. 1892. 12. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 10.)*

Einen 23jährigen, schwächlich gebauten Knecht hatte Verf. gegen Scabies Einpinselungen von Kreolin verordnet. Der Dienstherr des Kranken hatte aber kein Kreolin mehr und es wurde statt dessen reines Lysol genommen. Es wurden Hals, Arme, Brust und Rücken eingepinselt, wobei der Knecht über heftige Schmerzen klagte. Als auch die Beine bepinselt werden sollten, wurde er bewusstlos, fiel um und bekam heftige Krämpfe, die erst nach dreiviertel Stunden bei Wiederkehr des Bewusstseins aufhörten; an den gepinselten Stellen hing die Oberhaut in Fetzen herunter, die geröthete Cutis lag in grosser Ausdehnung frei. Der Urin enthielt 2 Tage lang Eiweiss. Pat. erholte sich recht schnell, die Wunden heilten unter Borvaselin und nach 10 Tagen konnte er seine Arbeit wieder aufnehmen. Im Ganzen waren circa 20 Grm. Lysol aufgepinselt worden. *H. Potjan* (ebenda) hat einer Wöchnerin zu äusseren Waschungen Lysol verordnet unter der Bezeichnung: „Aeusserlich, 1 Theelöffel voll zu gebrauchen". Die Hebamme sollte das Nöthige zeigen. Veranlasst durch die Bezeichnung „1 Theelöffel voll" glaubte der Ehemann, seine Frau müsse die Medicin einnehmen und gab derselben Morgens 1 Theelöffel voll ein. Da die Medicin etwas im Halse brannte, wurde die Frau aufmerksam und bemerkte den Irrthum. Verf. konnte erst nach $1^1/_2$ Stunden zu der Kranken kommen und fand dieselbe ganz vergnügt und ohne besondere Erscheinung seitens der Athmung oder des Pulses. Es wurde Milch in reichlichen Portionen verordnet und die Frau hat auch in der Folge keine Beschwerden bekommen. Der innerliche Gebrauch von 2—3 Grm. Lysol in einer einzigen Dosis hatte also keinerlei unangenehme Erscheinungen hervorgerufen.

230. ***Ueber tellursaures Natrium.*** *Von Dr. **Gustav Schmidt**. (Der prakt. Arzt. 1893. 1.)*

Verf. bestätigt die von *Neusser,* später von *Combemale* und von *Dubiquet* berichtete Wirkung des tellursauren Natrons als Antihydroticum in maximalen Dosen von 0·05 Grm. (Pillen oder in Lösung). Auch Verf. hat nie eine schädliche Nebenwirkung gesehen, obgleich es einige recht schwer kranke Patienten erhielten. Ferner wirkte das Mittel prompt nicht nur bei Phthisis, sondern auch bei anderen Erkrankungen. Auch ein gesunder Herr, welcher von starker Transspiration recht belästigt wurde, nahm das Mittel ebenfalls mit Erfolg. Endlich trat auch der charakteristische Knoblauchgeruch regelmässig auf. Dieser Geruch, welcher höchst intensiv war und im ganzen Zimmer unangenehm bemerkt wurde, trat in einem Falle schon $^1/_2$ Stunde nach Einverleibung der Tellur-



säure auf und hielt in allen Fällen Tage lang, in einem Falle 4 Wochen lang an, gleichgiltig, ob das Mittel ein- oder mehreremale gegeben war. Ja auch Flatus und Fäces rochen stark nach Knoblauch. Einzelne Patienten, respective Versuchspersonen, gaben sogar unbefragt an, dass sie einen, wenn auch nicht unangenehmen, so doch deutlich ausgeprägten Knoblauchgeschmack empfänden. Appetitsteigerung oder eine narcotische Wirkung wurde nicht beobachtet. Das Mittel hat keine Nachtheile, keine Nebenwirkungen, wirkt prompt, hält längere Zeit vor. Aber trotz alledem glaubt Verf. nicht, dass das Mittel festen Fuss fassen kann, denn leider ist der Tellurgeruch enorm unangenehm, lässt sich nicht verdecken und hält leider viel zu lange an. In einem Falle wollte kein Mensch mehr im gleichen Zimmer bleiben, wo eine Versuchsperson sich befand.

231. ***Ueber die Behandlung der Constipation und einiger Dickdarmaffectionen mit grossen Oelklystieren.*** *Von Prof. Dr.* ***Wilhelm Fleiner,*** *Heidelberg. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 3 u. 4.)*

Verf., welcher mit Nachdruck die Unterscheidung der atonischen und spastischen Constipation betont, empfiehlt für beide Formen auf Grundlage zahlreicher Beobachtungen in gemeinsamer Thätigkeit mit Prof. *Kussmaul* als wirksamstes Mittel die Oelcur, d. h. die Anwendung von Oelklystieren. Um Oel möglichst hoch hinauf in das Colon zu bringen, applicirt man bei Erwachsenen 400—500 Ccm. Oel als Klystier in der Rückenlage des Patienten mit möglichst hochgelagertem und durch ein dickes, etwa 20—25 Cm. hohes, nicht einsinkendes Kissen unterstütztem Becken. Das Oel soll auf Körpertemperatur erwärmt sein und nur langsam und unter geringem Drucke einfliessen, etwa bei 50 Cm. Druckhöhe oder etwas darüber. Als Behälter für das Oel eignet sich am besten der allgemein übliche graduirte Irrigator mit einem Gummischlauche aus schwarzer Masse und einem olivenförmigen Ansatzstücke aus glattpolirtem Hartgummi, Bein oder Glas, und mit genügend weiter Bohröffnung. Zum Einlaufe von 400—500 Ccm. Oel vergehen gewöhnlich 15—20 Minuten und noch mehr. Das Oelklystier muss mehrere Tage nach einander wiederholt werden, wenn das Oel am Cöcum seine Wirkung entfalten soll. Dann lässt man zwischen den einzelnen Oelapplicationen ein- oder mehrtägige Intervalle eintreten und geht mit dem Volum des einzelnen Klystieres auf 300—250 Ccm. zurück. Bei localen Affectionen des Colon descendens, der Flexura sigmoidea und des Rectums genügen kleinere Quantitäten, welche die Patienten sich selbst mit einer 100—150 Ccm. haltenden Wundspritze appliciren, die mit einem kurzen (etwa 30 Cm.) Gummischlauche und der Olive als Ansatz versehen ist. Dann ist die Rückenlage oder die linke Seitenlage nöthig. Die nach einem Oelklystiere entleerten Kothmassen sind oberflächlich stets mehr weniger erweicht und ölig. Sind die älteren Kothmassen gänzlich entfernt, so entleert sich bei weiterer Fortsetzung der Oelcur ein dünnbreiiger, häufig noch gallig gefärbter und Gallenfarbstoffreaction gebender Stuhl. Diese Beschaffenheit des Stuhles gilt als Zeichen, dass das Maximum der Oelwirkung erreicht ist. Es sollen möglichst reine Oelsorten



verwendet werden, sei es das feine Olivenöl oder die billigeren Mohnöle (Ol. papaveris) oder Sesamöl. Aus den klinischen Beobachtungen, sowie aus seinen physikalischen und chemischen Untersuchungen zieht Verf. den Schluss, dass das Oel im Dickdarme 1. kotherweichende und lösende, 2. beruhigende und reizmildernde Wirkung besitzt und nach längerem Verweilen im Darme dagegen 3. die Peristaltik erregende und evacuirende, 4. die Resorption hemmende Wirkungen hat. Wo immer nun durch individuelle Eigenthümlichkeiten, durch functionelle oder organische Störungen die Bewegung und Entleerung des Kothes verzögert oder verhindert wird, so dass eine längere Stagnation des Kothes im Dickdarme bis zum Cöcum hinauf stattfindet, ist die Application von Oelklystieren indicirt; Reizerscheinungen, kolikähnliche Schmerzen. Proctitis, Kolitis, Typhlitis oder tuberculöse und dysenterische Processe im Dickdarme machen diese Indication nur dringender. Ausgenommen sind hier nur jene mit motorischen Reizerscheinungen verbundenen Dickdarmaffectionen, bei welchen Dünndarminhalt mit unzersetzter Galle und pancreatischem Safte weit herunter in das Colon gelangt. Dagegen ist das Oel wieder in allen Fällen indicirt, bei denen es sich um mechanische Behinderung der Kothbewegung, so bei Tumoren, Gravidität, Hypertrophie der Prostata u. s. w. handelt. Insbesondere sind grosse Oelklystiere zu empfehlen bei allen Darmstörungen, welche mit Magenaffectionen verbunden sind und wo der Zustand des Magens die Anwendung von Laxantien per os nutzlos oder contraindicirt zeigt; endlich bei anämischen und in der Ernährung heruntergekommenen Individuen.

Da die Wirkung des Oeles beim einzelnen Individuum nicht vorherzusehen ist, empfiehlt es sich, sobald Unruhe im Darme auftritt, jedenfalls aber nach 3—4 Stunden, durch ein kleines Klysma von Wasser oder Sternanisinfus eine Darmentleerung zu bewirken. wenn diese nicht spontan erfolgt. Bei bettlägerigen Patienten ist der frühe Morgen die beste Zeit zur Application der Oelklystiere. sonst Abends, bevor die Patienten zur Ruhe gehen. Bei entzündlichen und geschwürigen Processen im Dickdarme ist die Darmantiseptik zu berücksichtigen und gibt man dem Oele Zusatz von 1—2%iger Salicylsäure.

Ref. kann die günstigen Wirkungen der systematischen Oelcur bei verschiedenen Dickdarmleiden bestätigen, indem er solch überraschend guten Effect bei mehreren Patienten *Kussmaul's* beobachtet hat. Prof. *Kisch.*

232. ***Das Ichthyol in der Behandlung innerer Krankheiten.*** *Von Dr.* ***Enrico Reale.*** *(Gazetta delle Cliniche. 1892. 24. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 1.)*

In der Klinik von Prof. *de Renzi* in Neapel wurde das Ichthyol in gelatinösen Kapseln von sulfoichthyolsaurem Ammonium, in Pillen sulfoichthyolsauren Natriums und in Kapseln von sulfoichthyolsaurem und salicylsaurem Natrium verwendet. Innerhalb 24 Stunden wurden 2—6 Kapseln sulfoichthyolsauren Ammoniums zu je 0·25 Grm. verabreicht (0·50—1·50 Grm.); 6—22 Pillen sulfoichthyolsauren Natriums zu je 0·10 Grm. (0·60—2·20 Grm.); endlich wurden 6—10 Kapseln sulfoichthyolsauren und salicyl-



sauren Natriums verabreicht, wovon jede 0·125 Grm. des einen und 0·125 Grm. des anderen Präparates enthielt (6·75—1·25 Grm. in toto). Das Ichthyol wurde in 8 Fällen von Lungentuberculose als sulfoichthyolsaures Ammonium und sulfoichthyolsaures Natrium verwendet; in 3 Fällen von Ileotyphus als Kapseln sulfoichthyolsauren und salicylsauren Natriums und in derselben Form in einem Falle leichten Fiebers. In 2 Fällen starker Magenerweiterung und Gastroxynsis wurde der Magen mit $^1/_2$—2% lauen wässerigen Lösungen sulfoichthyolsauren Ammoniums ausgespült. In jeder Form wurde das Ichthyol gut vertragen. Es erhellt aus den bis jetzt angestellten Untersuchungen, dass das Ichthyol offenbar einen Einfluss auf den organischen Stoffwechsel ausübt und vor allem Anderen die Stickstoffausscheidung herabsetzt. Diese Wirkung auf Stickstoffausscheidung ist in höherem oder geringerem Grade fast constant (7mal in 8 Fällen) und steht im Allgemeinen in Beziehung zu der Quantität des verabreichten Ichthyols. Die Untersuchungen über die Stickstoffausscheidung wurden angestellt bei drei Fällen von Lungentuberculose, gegen welche das Ichthyol sich ohnmächtig erwies; denn mit Ausnahme einer geringen Herabsetzung der Auswurfsmenge hat das Ichthyol den Verlauf der Krankheit wenig beeinflusst. Bei Ileotyphus und Febricula hingegen waren die Kapseln sulfoichthyolsauren und salicylsauren Natriums sofort wirksam. Denn mit Ausnahme eines Falles von Ileotyphus, wo man gleich anfangs wegen hartnäckigen Erbrechens die Verabreichung jedes Heilmittels, also auch der Kapseln, einstellen musste, verschwand das Leiden in den zwei anderen Fällen von Ileotyphus und Febricula nach einer Woche. Diese Ergebnisse stimmen überein mit den bacteriologischen Untersuchungen, welche Dr. *Latteux* in Paris mit dem Ichthyol anstellte. Er prüfte die antiseptische Wirksamkeit des Ichthyols auf verschiedene Mikroorganismen: Staphylococcen, Streptococcen, Diplococcus pneumoniae, Mikrococcus gonorrhoeae, Bacillus typhi etc. Der Typhusbacillus widersteht, wiewohl er eine grosse Lebenszähigkeit besitzt, nicht einer Ichthyollösung, welche 2% übersteigt. Da Verf. sich auf Grund klinischer Beobachtungen überzeugt hatte, dass das Ichthyol eine desinficirende Wirkung auf den Magendarmcanal ausübt und dass es selbst in relativ grosser Dosis unschädlich ist, so hat er es mit viel befriedigenderem Erfolge als andere Heilmittel verwendet zur Ausspülung des Magens in Lösungen zu $^1/_2$—2% in 2 Fällen chronischen Magencatarrhes mit starker Magenerweiterung und Gastroxynsis, welch' letztere in einem Falle so intensiv war, dass sie das Hauptsymptom vorstellte. Die chemisch-mikroskopischen Eigenschaften des nach einer Probemahlzeit untersuchten Magensaftes waren schon nach den ersten fünf Ausspülungen wesentlich verändert. Wurde diese Behandlung fortgesetzt, so besserten sich die subjectiven Symptome sehr rasch und die Dyspepsie verschwand allmälig. Verf. glaubt, dass das Ichthyol, mittelst Enteroklysma in den Darmcanal eingeführt, ebenfalls nützlich sein wird, zumal da seine Dosis jene anderer desinficirenden Mittel, welche ebenso wirksam, aber viel gefährlicher sind, bei Weitem übertreffen kann. Handelt es sich um einen atonischen Zustand der Schleimhaut und fehlen Symptome, die eine Ent-

zündung verrathen, so wird es sich empfehlen, eine stärkere Dosis zu verwenden, und die Heilwirkung wird wahrscheinlicher sein. Wenn man dagegen Entzündungsprocesse und speciell Geschwürsbildung an der erkrankten Schleimhaut vermuthet, wird eine schwächere Dosis Ichthyol angezeigt sein.

233. ***Behandlung der Diphtherie mit Petroleum.*** *Von Dr. Larcher. (Acad. de méd. de Belgique. 1892. — Med. Neuigkeiten. 1893. 1.)*

Seit 1886 hat Verf. 42 Kranke mit Petroleum behandelt, von denen 2 gestorben sind; davon war einer ein sehr kleines Kind, welches in einer vorgeschrittenen Periode der Krankheit zuging; der andere war ein Mädchen von 6 Jahren, welches eine sehr ausgedehnte Diphtherie zeigte und so wenig fügsam war, dass sie die Behandlung beinahe unmöglich machte. Bei den 40 geheilten Patienten war die Affection ganz ausgesprochen und kam durchschnittlich am 2. oder 3. Tage der Entstehung zur Behandlung. Die letztere bestand in Pinselungen und Gurgelungen, welche alle 2 Stunden vorgenommen wurden; bei einigen Kranken hat Verf. gleichzeitig Carbolinhalationen angewendet. Diese Behandlung bewirkt schleunigst die Erweichung und den Zerfall der Pseudomembranen; diese erneuern sich zwar wieder, aber sie werden dann weniger dick, weniger ausgedehnt und lassen zwischen sich Inseln von gesunder Schleimhaut entstehen; diese Inseln nehmen rasch an Ausdehnung zu und die Pseudomembran kommt nicht wieder. Das rohe Petroleum war der Mehrzahl der Kranken nicht unangenehm; der unangenehme Geschmack dieser Flüssigkeit macht sich nur gegen die Genesung hin bemerklich. In 7 Fällen wurde das Vorhandensein einer Lähmung des Gaumensegels constatirt. Vorausgesetzt, dass in Zukunft sich ein analoges Heilungsverhältniss herausstellt, schliesst Verf. aus diesen Thatsachen: 1. dass das rohe Petroleum die Heilung der Diphtherie herbeiführen kann; 2. dass seine Anwendung ohne Unzukömmlichkeiten ist; 3. dass man gleichzeitig jede andere Methode der Behandlung anwenden kann; 4. dass die Dauer dieser Behandlung von 8—10 Tagen schwankt; 5. endlich dass in der Umgebung dieser 42 Kranken sich kein Fall von Ansteckung zeigte, während mit den anderen Behandlungsarten die Fälle von Ansteckung häufig sind.

234. ***Eine empfindliche Probe für den Nachweis von Gallenfarbstoff im Harne.*** *Von Dr. Heinrich Rosin. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 5.)*

Verf. überschichtet eine verdünnte 10%ige alkoholische Lösung der officinellen Jodtinctur mit dem Harn, wodurch es gelingt, den Nachweis sehr geringer Mengen von Gallenfarbstoff im Harn zu liefern. Die aus der officinellen Jodtinctur und aus Spiritus dargestellte verdünnte Jodtinctur hat die Farbe des Portweines. Zwei kleine Tropfen der Jodtinctur zu etwa $^1/_4$ Reagensglas voll Spiritus oder genauer 10 Ccm. zu 100 Ccm., die man sich in einer Flasche vorräthig halten kann, geben eine derartig gefärbte Flüssigkeit. Man füllt nun etwas von dem zu untersuchenden Harn in ein zweites Reagensglas und giesst aus dem ersten oder aus der Flasche, welche die verdünnte Jodtinctur enthält, von derselben eine gewisse Quantität, etwa 2—3 Ccm., so vorsichtig in das ganz schräg ge-



haltene zweite Reagensglas, welches den Harn enthält, dass die Jodtincturlösung dem Harn überschichtet wird. Sofort oder nach einer Minute tritt an der Grenzschicht zwischen Harn- und Jodtinctur ein grasgrüner Ring auf, welcher sich längere Zeit, oft stundenlang hält. Wenn der Harn keinen Gallenfarbstoff enthält, so tritt an der Grenze nur eine einfache Entfärbung des gelben Harnfarbstoffes ein, so dass sich dort ein hellgelber oder fast farbloser Ring bildet.

235. ***Die Behandlung des Erbrechens der Phthisiker.*** *Von Dr. S. Habershon, London. (Semaine méd. 1892. 52. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 16.)*

Es ist bekannt, dass bei vielen Phthisikern nach der Nahrungsaufnahme plötzlich Erbrechen auftritt, dessen häufige Wiederholung die so schon darniederliegende Ernährung des Kranken noch mehr verschlechtert und so den Verlauf der Krankheit beschleunigt. Die erste Massregel dagegen besteht in der Regelung der Diät. Man gibt nur leicht verdauliche Nahrung und verbietet alles, was die Magenschleimhaut reizen kann: Gewürze, Essig, scharfe und alkoholische Getränke, Wenn das Erbrechen sehr häufig und intensiv ist, wie in den Fällen, wo eine Reizung der Lungenäste des Vagus besteht, so ist eine wesentliche Bedingung des Erfolges der Behandlung die, den Kranken absolut ruhig in horizontaler Rückenlage liegen zu lassen und ihm nur flüssige Nahrung zu geben. Ausserdem gibt man, um die Reizbarkeit der Magenschleimhaut herabzusetzen, innerlich Bismuth. subnitr. mit Natr. bicarb. und ein wenig Opium oder Morphium. Man muss übrigens daran denken, dass dieses auf eine Reizung der Vagusendigungen beruhende Erbrechen in dem Masse sich bessert und aufhört. als die Lungenaffection fortschreitet. — Häufig aber ist das Erbrechen bei den Phthisikern, wie man weiss, mechanischen Ursprunges, es wird durch die heftigen Lungenstösse hervorgerufen. In diesem Falle muss sich die Behandlung gegen die übergrosse Erregbarkeit der Pharynx- und Larynxschleimhaut richten; zu diesem Zwecke verordnet Verf. mit Erfolg als Gurgelwasser eine Lösung von Kal. bromat. mit Borax und etwas Opium. Bestehen tuberculöse Ulcerationen im Rachen, so verschaffen 2mal täglich vorgenommene Insufflationen mit Jodoform, Borax und Morphium den Kranken gewöhnlich grosse Erleichterung. — Die Heftigkeit des Hustens, der das Erbrechen auslöst, ist oft durch die Zähigkeit der Sputa bedingt, die sich schwer expectoriren lassen. Um das Bronchialsecret zu verflüssigen, gibt man Kal. jodat.; 0·2—0·3 Grm. täglich, zusammen damit auch Ammon. carbon. In den Fällen, wo die starke Reizung der Kehlkopf- und Bronchialschleimhaut die Hauptrolle in der Erregung des Hustens und des Erbrechens spielt, hat Verf. vorzügliche Resultate mit der Inhalation folgender Lösung erzielt:

| Rp. | | |
|---|---|---|
| Rp. | *Tinct. Eucalypt.* | *8·0* |
| | *Tinct. Benz. compos.* | *12·0* |
| | *Menthol (oder Thymol)* | *4·0* |
| | *Solut. Chlorof. alcoh. (1 : 10)* | *6·0* |

Etwa 10 Tropfen davon werden auf einen Wattebausch geträufelt und dieser wird in einer Maske vor Nase und Mund ge



halten. Wenn endlich das Erbrechen hauptsächlich durch die Reizbarkeit der Magenschleimhaut hervorgerufen ist, so wird die Therapie verschieden sein, nach der Art der Magenaffection, die in einem acuten oder chronischen Catarrh, in Atrophie der Magenschleimhaut, in tuberculösen oder nicht tuberculösen Ulcerationen bestehen kann. Aber gleichgiltig, welcher Art die Magenaffection ist, ein vortreffliches Mittel, um das Erbrechen nach der Nahrungsaufnahme zu verhindern oder zu mässigen, besteht in der Darreichung von einem Tropfen einer verdünnten Lösung von Kal. caust. mit Extr. Op. Das Alkali wirkt wahrscheinlich durch Neutralisation einer übermässigen Acidität des Mageninhaltes.

236. ***Behandlung des Myxödems.*** *Von **John L. Gibson.** (Brit. med. Journ. 1893. 14. Januar. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 4.)*

Verf. berichtet aus Brisbane in Australien, über die Erfolge der *Murray*'schen Methode der Transplantation der Thyreoidea eines Schafes auf den Menschen, ausgeführt in einem Falle von Myxödem bei einem 6jährigen Cretin. Eine zweimalige Transplantation, das eine Mal unter den Pectoralis, das andere Mal frei in die Bauchhöhle, brachte eine erhebliche Besserung der Symptome mit sich. Die Mittheilung ist durch sehr charakteristische Photographien illustrirt. Auch die Casuistik der mit Thyreoidealsaft per os behandelten Fälle von Myxödem wird durch eine Mittheilung von *R. A. Lundie* vermehrt. Eine 54jährige Frau, seit 14 Tagen krank, erst subcutane Injection mit sichtlichem Erfolge. Wegen Abscedirungen mussten dieselben ausgesetzt und nach einer 5wöchentlichen Pause, während welcher deutliche Verschlimmerung eintrat, durch interne Verabreichung des Thyreoidealsaftes ersetzt werden. Seit 6 Monaten in Behandlung (2mal wöchentlich $^1/_6$ Thyreoidea per os) ist jetzt beinahe vollständige Heilung eingetreten. Auch diese Mittheilung ist durch Photographien illustrirt. Interessant ist es übrigens, zu sehen, wie diese Behandlung des Myxödems mit Thyreoidealsaft bereits eine Nachahmung gefunden hat in der Behandlung des Diabetes mellitus mit Pancreassaft. Die Erfolge sind allerdings bisher nichts weniger als befriedigend.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

237. ***Behandlung der Uterusfibrome mit Ergotininjectionen.*** *Von Dr. **J. Schneck.** (Méd. âge 1892. 7. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 1.)*

Auf Grundlage dreier Fälle empfiehlt Verf. wieder die beinahe in Vergessenheit gerathene palliative Behandlung der Uterusfibrome mit Ergotininjectionen. Wo die Geschwulst aus irgend einem Grunde nicht der radicalen Operation unterworfen wird, die starken Blutungen aber eine Abhilfe erheischen, ist diese Behandlung angezeigt. Es sollen aber die Injectionen direct in die Substanz des Tumors vorgenommen werden. Man benützt dazu eine gewöhnliche Subcutanspritze, welche aber mit einer langen Canüle armirt ist. Die Einspritzungen macht man möglichst in das Centrum der Geschwulst. Das Verfahren war von keinen nach-



theiligen Folgen begleitet, ausgenommen leichtes Fieber mit mässigem Frostgefühl, welche nach mehreren Injectionen auftraten, aber schon nach einigen Stunden schwanden. Die profusen Blutungen aus der Gebärmutter wurden auf diese Weise stets prompt zum Stillstand gebracht. Bei zweien von den so behandelten Kranken wurde ausserdem der Tumor spontan ausgestossen. Einmal war diese Ausstossung mit partieller Vereiterung der Geschwulst complicirt.

238. ***Handgriff bei Erbrechen in der Narcose.*** *Von Dr. **Bernhard Joos**, Assistenzarzt am Cantonsspital in Winterthur. (Correspondenzblatt. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 3.)*

Seit einem Jahre übt Verf. ein Verfahren, welches geeignet ist, den Singultus und das Erbrechen während der Narcose im Entstehen zu unterdrücken und plötzlich aufgetretenes Erbrechen schnell zu beseitigen. Es geschieht dies durch einen Handgriff, durch welchen Nervus phrenicus und vagus oberhalb des sternalen Endes der Clavicula comprimirt werden. Verf. hat sich am Cadaver davon überzeugt, dass beide Nerven an dieser Stelle von der zweiten Phalanx des Daumens zugleich gedrückt werden können. Dabei geht er folgendermassen vor: Sobald sich Singultus und Brechbewegungen während der Narcose einstellen, drückt er das Nagelglied des linken Daumens gleichmässig kräftig über dem sternalen Ende der linken Clavicula ein. Der Daumen kommt dabei parallel der Clavicula und dessen Spitze an das Ende derselben zu liegen. Der Druck wird mit der radialen Seite des Nagelgliedes ausgeübt, wobei die flache Hand auf der Brustwand aufliegt. Singultus und Brechbewegungen hören alsbald auf. Er comprimirt gewöhnlich mit dem linken Daumen auf der linken Seite, weil er die rechte Hand für weitere Hilfeleistung frei haben will. Wenn nöthig, kann die Compression auch rechterseits gemacht werden. Die Compression wird noch kurze Zeit nach Aufhören der Brechbewegungen fortgesetzt, da dadurch dem Wiederkehren derselben vorgebeugt werden kann. Während er die Compression ausübt, lässt er den Patienten Aether mit viel Luft verdünnt einathmen, indem er die Aethermaske in einige Entfernung vom Gesichte bringt. Verf. hat diesen Handgriff hauptsächlich bei Aethernarcosen angewendet; aber auch bei Chloroformnarcosen hat ihn derselbe nicht im Stiche gelassen. *—r.*

239. ***Einige Betrachtungen über Albuminurie und Nephritis gravidarum im Zusammenhange mit dem intrauterinen Absterben der Frucht.*** *Von A. **Mijulieff**, Holland. Samml. klin. Vortr. von R. v. Volkmann. Neue Folge. Nr. 56. Leipzig 1892, Breitkopf und Härtel.*

Da die Albuminurie gravidarum weder ein scharf umschriebenes Krankheitsbild, noch ein einzelnes Symptom wiedergibt, das einer bestimmten Krankheit zukäme, so will der Autor der besseren Uebersichtlichkeit halber diese Albuminurie vom obstetrischen Standpunkte aus nach *Tarnier's* Eintheilung in 4 Gruppen besprechen: 1. Albuminurie, welche der Befruchtung vorangeht und fortfährt, sich während der Schwangerschaft weiter zu entwickeln; 2. Albuminurie, die sich während der Schwangerschaft entwickelt; 3. Albuminurie, die sich lediglich während der Geburt zeigt;



4. Albuminurie, die nur im Wochenbett vorkommt. Ad 1 sieht man ein Schlimmerwerden aller Symptome; die Erscheinungen der Urämie treten viel früher zu Tage, als wenn die Frau nicht schwanger geworden wäre. Eclampsie und Abortus treten häufig auf; der ausgetragene Fötus ist in der Regel schlecht entwickelt. Ad 2 unterscheidet der Autor wieder nach *Tarnier*: *a)* Albuminurie transitoire, *b)* Albuminurie gravidique und *c)* Albuminurie par néphrite indépendante de la grossesse z. B. a frigore, bei Scarlatina, Circulationsstörungen. Von diesen 3 Unterabtheilungen hat die eigentliche Schwangerschaftsnephritis die grösste Bedeutung. Dieselbe wird zumeist bei Primigravidären, demnach bei jugendlichen Individuen zwischen 15—20 Jahren, beobachtet, mit oder ohne Cylinder, in der zweiten Hälfte der Gravidität, am frequentesten in der 25.—28. Woche, oft aber auch schon in der 4.—6. und 8. Woche. Therapie: Absolute Ruhe, strenge Milchdiät, Beförderung der Diaphorese durch Wärmflaschen; zur Diurese inf. digit. c. tart. boraxato. Ad 3 wird hervorgehoben, dass die „Albuminurie du travail" durch erhöhte Spannung in Arterien und Venen entstanden durch Uteruscontractionen und höhere Spannung der Bauchmusculatur, behinderter Abfluss des Urins in den Ureteren, im Allgemeinen: durch mechanische Einflüsse, hervorgerufen werde. Betrachtet man ausserdem, dass die Nieren während der Schwangerschaft in einem hyperämischen Zustande sich befinden, und wie wenig es bedarf, jene zur Albuminurie zu bringen, so würde hierdurch schon eine genügende Erklärung gegeben sein für das frequente Vorkommen der Albuminurie während der Geburt. In der Regel schwindet wenige Tage nach der Geburt diese Albuminurie. Ad 4. Albuminurie während des Wochenbettes, so ist diese nicht als eine an das normale Wochenbett gebundene zu betrachten, sondern nur als eine von früher her bestandene Albuminurie aufzufassen. (Die auf sehr reicher Literaturangabe aufgebaute Arbeit ist sehr belehrend. Ref.) Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

240. ***Ueber Varicen.*** *Von **L. v. Lesser,** Leipzig. (Berliner Klinik. 1892. 48. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung.)*

Nach den Versuchen, die der Autor unternommen, ist festgestellt, dass offenbar andere Momente für die Entstehung von Varicen anzusprechen sind, als eine Behinderung für den Abfluss des Venenblutes, und dass Venenectasien und Varicen auf verschiedene anatomische und pathologische Verhältnisse beruhen. Die verschiedenen Stadien der Varicen sprechen gegen eine einfache Dehnung der Venenwände unter dem Einflusse des gegen dieselben andrängenden Stauungsblutes. Auch die knäuelartige Anordnung und deren Localisation spricht dagegen, vorausgesetzt, dass man sich nicht blos auf die Varicen der Beine beschränkt. Die varicösen Veränderungen befallen vorzugsweise die cutanen Venen; dort beginnt der Process, wo die Venen kleine, stecknadelkopfgrosse, rothe, wandständige Varicen zeigen, die theils in der Ebene der Cutis liegen, theils als kleine, rundliche Erhabenheiten gegen die Hautoberfläche hervortreten. Auch die kleinsten Muskelvenen werden varicös ergriffen, wobei die betreffenden Muskeln atrophiren. Bei Varicen treten mehr die Nutritionsstörungen als die Circulationsstörungen in den Vordergrund (Eczeme, knollige.



knotige Verdickung des gesammten Hautorgans). Durch künstliche Thrombosirung entstand kein Varix, nur vorübergehendes Stauungsödem. Zur Bildung von Varicen gehört eine Wucherung der Gefässwand, ein Wachsthum in Länge und Breite; Wachsthumsvorgänge, die auch bei anderen Geschwülsten in Frage kommen (Angiome etc.), des Ausführlichen im Original. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

241. ***Primäre Genitaltuberculose in der Schwangerschaft. Fehlgeburt im 5. Monate. Tod an Sepsis und acuter Miliartuberculose im Wochenbette.*** *Von **Hünermann**, Assistent der Gusserow'schen Klinik in Berlin. (Arch. f. Gyn. 1892, Bd. XLIII, Heft 1, pag. 40.)*

Eine zweitgeschwängerte Frau erkrankte im 3. Graviditätsmonate an Kreuz- und Rückenschmerzen. Gleichzeitig klagte sie über ein allgemeines indistinctes Unwohlsein. Etwa 6 Wochen darnach trat ein Abortus ein. Die 28jährige Frau zeigte im Puerperium das Bild eines nicht localisirten Puerperalfiebers unter gleichzeitigen catarrhalischen Affectionen der Lungen, die des Weiteren an Intensität und Ausbreitung zunahm. Das Krankheitsbild war kein klares, so dass keine sichere Diagnose gestellt werden konnte, wenn auch der Verdacht aufstieg, dass es sich um eine acute Miliartuberculose handle. 16 Tage nach dem Abort trat der Tod ein und bestätigte die Vermuthung. Die Sectionsdiagnose war folgende: Salpingitis caseosa duplex; Tubercula miliaria pulmonum hepatis, lienis, renum, peritonei, pleurae; Bronchopneumonia multiplex; Hyperaemia et oedema pulmonum; Dilatatio cordis; Hyperplasia pulpae lienis; Endometritis diphtheritica; Status puerperalis uteri; Peritonitis fibro-purulenta et tuberculosa universalis. Tuberkelbacillen fanden sich in den Tubenwandungen, auf der Innenfläche des Uterus und im Thrombus eines Uterinalgefässes. Verf. meint nun, dass die Infection des Gesammtorganismus, namentlich der Lungen, auf dem Wege solcher Thromben erfolgte und dass die tuberculöse Erkrankung ihren Ausgang von einer gleichen primären Affection der Tuben nahm, die auch die Schwangerschaftsunterbrechung des Weiteren nach sich zog, da die Tuben das ausgesprochene Bild einer tuberculösen Salpingitis darboten. Der Gatte, den Verf. ein halbes Jahr nach dem Tode der Frau untersuchte, zeigte keine Spur einer tuberculösen Erkrankung. Verf. glaubt, dass es sich um eine primäre tuberculöse Erkrankung der Tuben handelte, die die Unterbrechung der Schwangerschaft und späterhin die gleiche Erkrankung der erwähnten anderen Körperorgane herbeiführte, wodurch dem Leben ein Ende gemacht wurde. *Kleinwächter.*

242. ***Bericht über zwei Fälle von Ruptur des Uterus während des Abortus.*** *Von **Ludwig Hektoen**, Chicago. (Amer. Journ. of Obstetr. 1892. Bd. XXVI, pag. 69.)*

Verf. theilt zwei höchst interessante Fälle von artificieller Uterusruptur bei Abort mit. Im ersten Falle handelte es sich um ein 20jähriges Mädchen, das sich im Sommer 1890, als es sich im 4. Graviditätsmonate befand, von Dr. *S.* in Chicago die Frucht abtreiben liess, der diesen Wunsch prompt und gut ausführte. September 1891 war das Mädchen wieder im 4. Graviditätsmonate und wandte sich neuerdings an Dr. *S.* Eines Tages wurde Dr. *Barlow*



von Dr. *S.* gerufen, um zu helfen. Dr. *S.* hatte 3 Tage früher einen elastischen Catheter in den Uterus eingeführt und konnte ihn nun nicht mehr finden. Die Frucht war abgegangen, nicht aber die Placenta und der Catheter. *S.* hatte den Uterus mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, an dem Nabelstrang gezerrt und ihn bis in die Vulva gebracht, aber Alles vergeblich, die Placenta ging nicht ab. Dr. *Barlow* fand das Mädchen pulslos, collabirt und in der Vulva eine Darmschlinge vorliegend. Wenige Stunden nach seinem Besuche starb das Mädchen. Dr. *S.* liess das Mädchen im Todtenscheine an Enteritis acuta gestorben sein, worauf die Bestattung erfolgte. 8 Tage danach wurde die Leiche exhumirt und gerichtlich secirt. Bei der Section fand man einen dicken elastischen Catheter unter der Leber in der Gegend der Gallenblase liegen. Im hinteren Scheidengewölbe, knapp an der Muttermundslippe war eine grosse Rissöffnung mit zerfetzten Rändern. Durch diese Oeffnung war bis weit herab in die Vulva eine lange Dickdarmschlinge herabgezogen. Es war dies der Dickdarm. Er war $1^1/_2$ Zoll oberhalb des Anus losgetrennt und reichte die Abtrennung bis zur Gegend der Milz hinauf. Ausserdem fand sich im Fundus uteri eine der Dicke des Catheters entsprechende Perforationsöffnung. Der Uterus enthielt Placentastücke. Dr. *S.*, 1860 in München promovirt, kam in gerichtliche Untersuchung, doch entzog er sich deren Ausgang, indem er sich mit Morphium vergiftete. Der zweite Fall betraf eine 28jährige zweitgeschwängerte Frau, die im 4. Graviditätsmonate spontan abortirte. Da die Placenta nicht abging, zerrte die Hebamme am Nabelstrang und entfernte dann angeblich die Placenta. Alles das, was abgegangen war und was sie entfernt hatte, verbrannte die Hebamme, wie sie sagte. Zwei nachher gerufene Aerzte fanden die Frau collabirt, stark fiebernd und über heftige Schmerzen klagend. In der Meinung, es handle sich um eine Sepsis in Folge septisch zerfallener, zurückgebliebener Placentareste, excochleirten sie in der Narcose den Uterus mit der stumpfen Curette und spülten dann den Uterus aus, worauf aber kaum die Hälfte der einfliessenden Flüssigkeit wieder abging. 26 Stunden nach dem Aborte starb die Frau. 12 Stunden später fand die Section statt. Dieselbe ergab einen der angeführten Schwangerschaftszeit entsprechend vergrösserten leeren graviden Uterus, dem sein Fundus und ein Theil der Ligamenta lata fehlten. Ausserdem fand sich eine allgemeine Peritonitis und ein grosser freier Bluterguss. Ohne Zweifel zerrte die Hebamme, als die Placenta nicht abging, am Nabelstrange, invertirte den Uterus und riss den umgestülpten Fundus sammt der aufsitzenden Placenta heraus. Zumindest eigenthümlich ist es, dass die zwei Aerzte, als sie excochleirten, nichts merkten, dass der Fundus uteri abgerissen war. *Kleinwächter.*



# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

243. ***Ueber die Behandlung der Blepharitis ciliaris durch Sublimatglycerin (Thèse de Paris).*** *Von Dr. **Borno.** (Semaine méd. 1893. 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 12.)*

Verf. empfiehlt auf Grund der Erfahrungen, welche an der Klinik von *Despagnet* zu Paris gemacht worden sind, als das beste Mittel gegen Blepharitis das Sublimatglycerin. Die Behandlung besteht darin, dass man mit Hilfe eines kleinen Pinsels Einpinselungen der Basis der Lidränder macht, u. zw. an der der äusseren Haut zugewendeten Seite. Man benutzt hierzu 2 Sublimatglycerinlösungen, und zwar eine 3%ige und eine 1%ige. Die erstere wird alle 48 Stunden vom Arzte selbst applicirt. Der freie Lidrand muss vorher sorgfältig von Krusten und erkrankten Cilien befreit werden. Der Ueberschuss der Lösung wird mit Hilfe hydrophiler Watte entfernt. Dringen geringe Mengen von Flüssigkeit in's Auge, so entsteht das Gefühl leichten Brennens, indessen verschwindet dasselbe durch Application geringen Mengen kalten Wassers; übrigens ist dasselbe weit weniger intensiv, als man es nach der Concentration der Lösung vermuthen sollte, wahrscheinlich deshalb, weil das Sublimat in Verbindung mit dem Glycerin einen Theil seiner ätzenden Wirkung verliert. Mit der 1%igen Lösung pinselt sich der Patient selbst täglich einmal in ähnlicher Weise die Augenlider aus. Die Besserung ist bereits nach Ablauf der ersten Behandlungswoche deutlich. Heilung gewöhnlich nach Ablauf von 2 Monaten spätestens, selbst in Fällen von sehr veralteter Blepharitis, bei denen es schon zur Verdickung des freien Lidrandes gekommen ist.

244. ***Tracheotomie und Intubation bei der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose*** *Von Dr. **Schlatter.** (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. 5 u. 6. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 7.)*

In der Zeit vom April 1881 bis 30. März 1891 wurden von 510 wegen diphtherischer Larynxstenose aufgenommenen Fällen 408 tracheotomirt; in den Jahren 1890 und 1891 wurden wegen diphtherischem Croup im Ganzen 34 Fälle intubirt, ausgenommen diejenigen Fälle, in welchen die Tubage erst secundär zur Nachbehandlung der Tracheotomie angewandt wurde, und 1 Fall, wo die Einlegung des Tubus wegen Oedem der Plicae aryepiglotticae nicht möglich war. Von den 408 tracheotomirten Fällen genasen 30 Procent. Das Auswerfen von Croupmembranen gleich nach Eröffnung der Trachea schien von geringerer prognostischer Wichtigkeit zu sein, von sehr bedeutender dagegen das Verhalten der Respiration, indem das Nichtfreiwerden derselben eine schlechtere Aussicht auf Heilung zu gewähren schien. Von den 34 mit Intubation behandelten Fällen starben 56 Procent. Dadurch, dass (bis auf die erste Zeit, in der alle Fälle intubirt wurden) nur für die Intubation günstige Fälle dazu ausersehen wurden, fallen der Intubation die prognostisch viel günstigeren Fälle zu. Von den 34 intubirten Kindern wurden 10 (9 Todesfälle) nachträglich tracheotomirt. Bei der Section konnten in den Lungen keine wesent-

lichen Unterschiede von den nach Tracheotomie Gestorbenen nachgewiesen werden. Ein Kind starb bei der Intubation durch Hinabstossen von Membranen. Verstopfung der Tube durch Membranen während der Nachbehandlung war sehr häufig, Decubitusgeschwüre wurden nie beobachtet. Grosse Schwierigkeiten verursachte die Ernährung. Zum Schluss stellt Verf. die Vor- und Nachtheile der Intubation und der Tracheotomie einander gegenüber. Zu Gunsten der ersteren sprechen: Vermeidung blutigen Eingriffs mit Wegfall der Gefahren einer Wunderkrankung, Nichtbedarf von Narcose und geschulter Assistenz, raschere und meist leichtere Ausführbarkeit, Beibehaltung des normalen Weges für die Athmung, die in günstigen Fällen kürzere Heilungsdauer. Als schwerwiegende Nachtheile der Intubation sind anzuführen: die grosse Schwierigkeit der Nachbehandlung und die Ernährungsstörungen, die geringere Wegsamkeit des Tubus, der Wegfall jedes directen Eingriffes in die Trachea (zur Entfernung von Membranen). Daraus geht hervor, dass die Tracheotomie die souveräne Methode bleibt. dass die Intubation zwar rascher zum Ziel führt, dass sie aber nur in engen Grenzen angewandt werden kann, dass sich für die Intubation nur Fälle eignen. bei denen der diphtherische Process auf den Kehlkopf beschränkt ist, dass einzelne Fälle nur der Tracheotomie zugänglich sind, dass dagegen glänzende Erfolge von der Intubation bei der chronischen Trachealstenose zu erwarten sind.

245. ***Mit Formanilid, einem neuen Anästheticum, behandelte Kehlkopfkranke.*** *Von Dr. **Isidor Preisach.** Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest, Januar 1893. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 7.)*

Formanilid unterscheidet sich vom Acetanilid dadurch, dass die Acetylgruppe des letzteren durch die Formylgruppe (HCO) ersetzt ist. Verf. hat bei zwei, mit Perichondritis tuberculosa behafteten vorgestellten Individuen und bei noch anderen sieben Kranken das von Dr. *Kóssa* im pharmakologischen Institute untersuchte Formanilid wegen heftiger Schmerzen beim Schlucken insgesammt etwa fünfzigmal in Anwendung gebracht. Nach Einblasung des Formanilid stellte sich nach einigen Minuten vollständige Analgesie ein, die 10—12 Stunden, manchmal auch 16 Stunden (nie weniger als 2 Stunden) ununterbrochen anhielt. Als Nebenerscheinung war nur in einem Falle 1—2 Secunden anhaltendes Herzklopfen und Oppression vorhanden. Von den anästhetisch gemachten Schleimhautstellen löste die Sonde keinen Reflex aus. Das Formanilid ist demnach bei schmerzhaften Kehlkopfübeln als Analgeticum bestens zu empfehlen.

246. ***Mycosis pharyngis leptothricia acuta.*** *Von **F. Wijdens Spaaus.** (Weekblad v. h. Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde. 1891. 21. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Die Mycosis leptothricia pharyngis et laryngis kennzeichnet sich durch das Vorkommen von weisslichen oder gelblichgrauen, hanfkorngrossen, bröckeligen Auswüchsen, die dem Gewebe ein gespicktes Aussehen geben. Sie entstehen hauptsächlich auf Tonsillen und Zungenwurzel, doch auch auf Uvula, Arcus palatoglossus, Arcus palatopharyngeus, Pharynxwand und im Larynx.



— Gewöhnlich verursachen sie keine subjectiven Beschwerden, so dass sie oft nur durch Zufall entdeckt werden, doch äussern sie sich auch als Gefühl von Trockenheit im Halse und Empfindlichkeit beim Schlucken. — Die mikroskopische Untersuchung der graulichen Flecken ergibt, dass sie aus Leptothrixcolonien entstanden sind, die sich auf schwache *Lugol*'sche Lösung ausgesprochen blau färben. — Verf. hat vor Kurzem drei Fälle dieser im Ganzen seltenen, wenigstens selten beschriebenen Erkrankung beobachtet, die sich durch solch typische acute Erscheinungen (Fieber, Hyperämie und Schwellung der Schleimhäute mit Ausstrahlung der Schmerzen nach den Ohren, Schwellung der Submaxillardrüsen) auszeichneten, dass sie als acute Mycosis leptothricia-Fälle den bisher bekannten, mehr chronischen gegenüberzustellen sind. — Die Prognose ist nur in Bezug auf die Hartnäckigkeit der Fälle und ihre Neigung zu Recidiven ungünstig zu nennen; eine energische Therapie aber, welche mit tüchtiger Löffelauskratzung der erkrankten Stellen beginnt und dann für einige Tage mit desinficirenden Gurgelwässern fortfährt, brachte in den drei Fällen innerhalb kurzer Zeit dauernde Heilung zu Stande.

---

## Dermatologie und Syphilis.

247. ***Nützlicher Handgriff beim Bougiren der stricturirten männlichen Harnröhre.*** *(Der prakt. Arzt. 1893. 1.)*

Bei hochgradigen Stricturen im hinteren Theil der Urethra, welche auch die dünnste Bougienummer nicht durchtreten liessen, hat sich folgendes Verfahren als überraschend nützlich erwiesen: Die Urethra wird complet mit einer Flüssigkeit (sehr vortheilhaft 4% Cocainlösung und 1‰ Sublimatlösung zu gleichen Theilen) angefüllt; während Zeigefinger und Daumen der linken Hand die Urethra hinter der Glans comprimiren, damit beim Zurückziehen der Spritze der Inhalt der Harnröhre nicht herausfliesst, wird die Bougie eingeführt, so zwar, dass sie womöglich ohne Flüssigkeitsverlust zwischen den lose comprimirenden Fingern durchgleitet, und man erlebt die Ueberraschung, dass das Instrument relativ mühelos in die Blase geräth. Wahrscheinlich wird durch den nach hinten drängenden Inhalt der Urethra die stricturirte Stelle trichterförmig formirt und dadurch der Sonde, welche sich vorher an seitlichen Faltungen fing, der Weg gewiesen.

248. ***Ueber Eczem und seine Behandlung mit Zinköl.*** *Von Dr. **Richard Drews,** Specialarzt für Kinderkrankheiten in Hamburg. (Wiener med. Wochenschr. 1892. 5. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 11.)*

Unter dem Namen Zinköl ist von *Lassar* eine weiche, weisse Pasta angegeben, welche aus einer Mischung von Zinc. oxyd. und Ol. oliv. besteht und sich durch den grösseren oder geringeren Gehalt von Zinc. oxyd. fester oder flüssiger machen lässt. Diese Pasta hat sich bei verschiedenen Affectionen der Haut als sehr wirksam erwiesen, vor Allem bei der Behandlung des Eczems. Die meisten Eczeme finden sich bei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahre im Gesicht, an den Mundwinkeln, am Kinn, ferner in der

Umgebung der Nase bei Coryza, der Ohrmuscheln bei Otorrhoe, an Nates, Anus und Oberschenkel bei Diarrhoen und schliesslich diejenigen Stellen, wo sich Hautflächen berühren: die überhängenden Hautfalten am Halse, die Gelenkbeugen, die Genitocruralfalten, die Nates. Hier bildet sich das als Intertrigo bekannte Eczem mit Vorliebe aus, welches oft lange Zeit jeder Behandlung trotzt, aber nach Verf.'s Erfahrungen derjenigen mit Zinköl sehr bald weicht. Er verwendet das Zinköl folgendermassen:

Rp. *Zinc. oxyd.* *30·0*
*Ol. olivar.* *50·0.*
M. f. Pasta mollis.

Es bildet eine weiche Paste, welche sich mit einem weichen Tuschpinsel sehr gut auftragen lässt. Die Behandlung geschieht nun in folgender Weise: Zuerst werden die eczematösen Stellen mit Aqua plumbi von dem Secret gereinigt und wo sich dasselbe in Krusten umgewandelt hat, wird ein feuchter Verband mit Aqua plumbi angelegt, bis sich die Krusten ohne Anwendung von Gewalt ablösen lassen. Zur Befestigung dieses Verbandes am Kopfe empfiehlt sich eine Haube von Wachsleinwand. Wenn alle Krusten abgelöst sind, wird die nun glänzende rothe Fläche mit Wasser gut abgetupft und das Zinköl mit einem weichen Pinsel aufgepinselt. Bei Intertrigo an den Hautfalten legt man zweckmässiger Weise etwas Watte auf die Paste, um die Falten auseinander zu halten. An den Genitalien und am After umwickelt man die eingepinselten Stellen mit Mullbinden, um nicht das Zinköl an den Windeln abzuwischen. Diese Einpinselungen werden jeden Morgen nach vorhergehender Reinigung mit Aqua plumbi wiederholt, nur an Genitalien und After sind sie auch Abends zu machen. Auch bei den chronischen Eczemen des höheren Alters, besonders bei den nässenden. Schliesslich weist Verf. noch darauf hin, dass die prophylactische Anwendung des Zinköls auch die sehr lästige eczematöse Maceration der Haut in der Nähe von mit antiseptischen Mitteln behandelten Wunden zu verhindern vermag.

249. ***Bauchfellentzündung in Folge des Harnröhrentrippers des Mannes.*** *Von Doc. Dr.* ***Maximilian v. Zeissl,*** *Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. 1892.)*

Die in den letzten Jahren erfolgten Mittheilungen haben gezeigt, wie tiefeingreifend der Tripperprocess für das weibliche Geschlecht ist, und dass diese Erkrankung beim Weibe nicht so selten auf das Bauchfell übergreift. Aber auch beim Manne wird das Peritoneum zuweilen in Mitleidenschaft gezogen. In der obengenannten Mittheilung hat Verf. die bezügliche Literatur ausführlich zusammengestellt und drei Fälle von Peritonitis in Folge Epididymitis aus der eigenen Praxis mitgetheilt. Von diesen sei Fall I hier reproducirt: F. X., 34 Jahre, erkrankte am 14. November 1879 an einer Urethritis. Am 1. December 1879 fand Verf. die Temperatur 38·9, den Puls 116, die Zunge trocken, der Kranke klagte über Schluchzen und erbrach zeitweise gallig gefärbte Flüssigkeit. Der Bauch war mässig aufgetrieben und namentlich in der rechten Ileocöcalgegend auf Druck empfindlich. Dieser Symptomencomplex soll sich nach Aussage des Kranken in der Nacht vom 30. November 1879 entwickelt haben, nachdem



er schon am 30. November heftigen Schmerz in der rechten Leiste, in der er seit jeher eine Geschwulst bemerkte, verspürt hatte. Die ganze Summe der Erscheinungen sprach für einen eingeklemmten Leistenbruch. Bei genauer Untersuchung des Mannes fand Verf. das Scrotum in seiner rechten Hälfte leer. Die in dem rechten Leistencanal liegende schmerzhafte Geschwulst erwies sich als der Hode und hatte eine rechtsseitige Nebenhodenentzündung bei rechtsseitiger Kryptorchis die erwähnten stürmischen peritonealen Erscheinungen hervorgerufen. Unter Einreibung von grauer Salbe auf die Bauchdecken und Kälteapplication auf die Hodengeschwulst, subcutane Morphiuminjectionen zur Beseitigung der Schmerzen gingen die Erscheinungen alsbald zurück. In allen drei Fällen war bei den Kranken durch einige Zeit das Sperma, das gelegentlich von Pollutionen abging, blutig gefärbt.

Bezüglich der Frage, auf welchem Wege und unter welchen Umständen sich die Peritonitis in Folge der Epididymitis entwickeln mag, wird von französischen Autoren die Ansicht vertreten, dass die Bauchfellentzündung von den erkrankten Samenbläschen auf das Bauchfell übergreife. Thatsächlich fand man in den Fällen von *Peters* und *Guyon*, welche zur Obduction kamen und in dem einen Fall von *Horovitz* Entzündungserscheinungen an den Samenbläschen, *Gosslin* fand Empfindlichkeit der Samenbläschen, in Verf.'s Fällen deuten die blutigen Pollutionen desgleichen auf Mitbetheiligung der Samenbläschen hin. Nach Verf. sprechen blutige Pollutionen überhaupt für die Mitbetheiligung der Samenbläschen am Entzündungsprocesse, weil man bei Entzündung der Epididymis und des Vas deferens nicht immer blutige Pollutionen beobachtet. Man dürfte also kaum fehlgehen, wenn man das Auftreten blutiger Pollutionen auf die Entzündung der Samenbläschen bezieht. Ein zweiter Weg wären die Lymphgefässe. Auf diesen Weg hat auch *Horovitz* hingewiesen. Vielleicht entzündet sich zunächst der Lymphknoten, in welchen das von Verf. und *Horovitz* beschriebene Lymphgefäss des Vas deferens endet, in Folge der Entzündung des letzteren, und geht die Entzündung vom Lymphknoten auf das ihn deckende Bauchfell über. Der dritte Weg endlich ist der schon von *Hunter* angegebene. *Hunter* lässt vom entzündeten Samenstrang den Process auf das Bauchfell übergreifen. Ob *Horovitz* thatsächlich im Rechte ist, wenn er in diesen Fällen den Blut- und Lymphgefässen des Samenstranges eine wichtigere Rolle beimisst als dem Vas deferens, wird die Zukunft lehren. Anämie, schwächliche Constitution scheint für die Tripperperitonitis zu prädestiniren.

250. ***Ueber die Behandlung des chronischen Blasencatarrhs.*** *Von Dr.* ***Hermann Wittzack,*** *Frankfurt a. M. (Berliner Klinik. 1892. 47. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung.)*

Der Blasencatarrh ist die häufigste Erkrankung, welche die Blase heimsucht, und ist darunter nach dem Autor nur die Entzündung der Blasenschleimhaut zu verstehen. Die Krankheit Cystitis zu nennen, findet der Verf. für nicht statthaft, denn auch der Gynäkologe spricht nicht von Metritis, wenn blos das Endometrium, auch der Oculist nicht von Ophthalmitis, wenn nur die Conjunctiva afficirt ist. Die normale Blasenschleimhaut sieht blass-



rosa aus, beim einfachen Catarrh ist dieselbe lebhaft geröthet. Für die oft nur sehr relativen Erfolge in der Behandlung von sonst heilbaren Blasencatarrhen werden sowohl die Mittel als deren unzweckmässige Anwendung verantwortlich gemacht. Als Forderung einer entsprechend rationellen Therapie wird eine mechanische Reinigung der Blasenschleimhaut, um sie so für die directe Application von Medicamenten vorzubereiten, hingestellt. Von den antiseptischen Mitteln will der Autor absehen, weil die geringe Concentration derselben ganz nutzlos, die stärkere Concentration dagegen schädlich ist. Am besten wirken die Adstringentia, und zwar in aufsteigender Reihenfolge Tannin, Zinc sulf., Plumb. acet., Alumen, Arg. nitr., Chlorzink. Auch die Jodoformemulsion von *Mosetig* ist verwendbar. Diese Mittel wirken auf die erschlaffte, hyperämische Schleimhaut am energischsten ein. Zur Ausspülung wird nur der elastische Catheter empfohlen. Innere Mittel wendet der Autor fast niemals an. Alkalischer Harn kommt beim chronischen Blasencatarrh selten vor. Die Anwendung geeigneter Mineralbrunnen ist sehr zu empfehlen. (In Marienbad wird die Rudolfsquelle empfohlen. Ref.) Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

251. ***Beiträge zur Pathologie des Asthma bronchiale.*** *Von Dr. v. Noorden, Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XX. 1 u. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 4.)*

Ein 19jähriges Mädchen leidet an einem urticariaähnlichen Ausschlag und seit dem 13. Lebensjahre an asthmatischen Anfällen. Die Anfälle verlaufen typisch und lassen sich einigemale durch Cocaininhalationen, besser durch Einathmen der Dämpfe von Carta nitrata mildern. Verf. fand im Sputum nebst *Curschmann*'schen Spiralen und *Charcot-Leyden*'schen Krystallen Zellen mit gelbem und braunem Pigment. Mit Salzsäure und Ferrocyankali gaben dieselben Blaufärbung. Die Zellen enthielten demnach Eisen und die Identität ihres Pigmentes mit dem Hämosiderin *(Neumann)* wurde wahrscheinlich. Die Reactionen sind auf den eisenhaltigen Abkömmling des Blutfarbstoffes zu beziehen, weil für zufälliges Hineingelangen von Eisenstaub in die Lunge (Siderosis) in diesem und in ähnlichen Fällen kein Anlass vorlag. Um zu ermitteln, in welchen Zellen das Pigment lag, verfuhr Verf. folgendermassen: Austrocknung und Erhitzung eines Deckglaspräparates, Färbung mit *Ehrlich's* Säurefuchsin-Methylgrün-Orangegemisch, Abspülung: die Deckgläschen werden hierauf in eine Mischung von Salzsäure und Ferrocyankali getaucht, abgespült, getrocknet und in Canadabalsam untersucht. Er fand, dass ein Theil der Pigmentzellen die neutrophile Körnung enthielt, d. h. sie waren Leukocyten. Ein kleiner Theil zeigte eosinophile Körnung und ungefähr die Hälfte der Gesammtheit enthielt keine Körnung und bestand aus Epithelien. Auf gleiche Weise konnte Verf. das Pigment bei Kranken mit Stauungslunge nachweisen und es zeigte auch hier ein Theil der Pigmentzellen neutrophile Protoplasmakörnung. Die Menge



der Hämosiderinzellen wechselte. Mit Abnahme der Pigmentzellen verminderte sich die Intensität und Häufigkeit der Asthmaanfälle nicht bemerkenswerth. Hämosiderinzellen sind im Asthmasputum nicht selten anzutreffen. Nach Verf. stammt das Pigment aus den häufigen Blutspuren im asthmatischen Sputum. Eine wesentliche Bedingung für die Umwandlung des Hämoglobins ist das lange Verweilen der kleinen Blutmengen im Lungenparenchym. Verf. fügt noch zwei Beiträge zur Pathologie des Asthma bei: 1. Die meisten Asthmakranken, welche ihr Leiden aus früher Jugend herschreiben, haben in der Kindheit an hartnäckigen Hautausschlägen gelitten. 2. Im ersten Falle liess es sich nachweisen, dass um die Zeit eines Anfalles die eosinophilen Zellen des Blutes reichlicher waren als sonst.

252. ***Ueber die Anzahl und die Länge der Tänien beim Menschen.*** *Von Prof. Laborde. Vortrag in der Académie de méd. zu Paris, 3. Januar 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 12.)*

Nach einer Arbeit *Bérenger-Férand's* referirt Verf. Folgendes: Dass verschiedene Arten von Tänia bei einem und demselben Individuum vorkommen können, ist heutzutage eine anerkannte Thatsache; so hat man z. B. bei einem und demselben Individuum Taenia solium, saginata und Botriocephalus beobachtet. Was die Anzahl der Tänien einer und derselben Gattung, die zusammen in dem Darmcanal eines und desselben Wirthes wohnen kann, anlangt, so hat man constatirt, dass von Taenia saginata 1—15, von Botriocephalus 1—100 und von Taenia solium 1—60 Exemplare in einem und demselben Individuum sich befinden können. Aus den zahlreichen Untersuchungen, welche *Béranger-Férand* über diesen Gegenstand angestellt hat, geht hervor, dass unter 100 Fällen von Tänien dieselben nur 87mal einfach in einem Wirthe vorkommen. 7—8mal in 2, 2—3mal in 3 Exemplaren. Ueber 15 Exemplare waren nur ausnahmsweise bei ein und demselben Patienten vorhanden. Was die Länge der Tänien anlangt, so wird dieselbe von den verschiedenen Beobachtern sehr verschieden angegeben. Einige berichten von Ziffern über 470 Meter. Diese Ziffern sind gewiss übertrieben. *Béranger-Férand* hat aus 1397 Beobachtungen folgende Schlüsse ziehen können. In 52% hat T. solium weniger als 5 Meter Länge, in 39% 6—10 Meter, in 6% 11—15 Meter, darüber beobachtete Längen gehören zu den Ausnahmen. Nur in einem Fall wurde bei einem Ingenieur, der sich die Tänia in Madagascar geholt hatte, die Anwesenheit von 3 Taeniae solium, welche zusammen 154 Meter Länge und ein Gewicht von 922 Grm. besassen, constatirt. Trotz Ausstossung aller dreier Köpfe, welche vermittelst Pelletierin bewirkt wurde, stiess dieser Patient später noch von Zeit zu Zeit Tänienfragmente aus.

253. ***Die Reaction des Schweisses beim gesunden Menschen.*** *Von Dr. Ernst Heuss, Zürich. Aus Dr. Unna's Laboratorium in Hamburg. (Monatsh. f. Dermat. 1892. Bd. XIV. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 11.)*

Verf. stellte die meisten seiner Versuche in der Weise an, dass er von der zuvor mit absolut neutral reagirenden Substanzen gereinigten Haut den Schweiss, wenn dieser sehr reichlich war, mit der *Beck*'schen Mikrosyrinx aufsaugte oder mit einem Uhr-



schälchen abstreifte und dann auf seine Reaction prüfte, oder indem er die Reagentien in Form von Reagenzpapier, von Reagenzwatte, Reagenzkitt oder pur, d. h. in alkoholischer Lösung auf die schwitzende Haut applicirte. Die Ergebnisse, zu welchen er gelangte, sind folgende: Der Schweiss des gesunden Menschen reagirt in der Ruhe, d. h. bei nicht profuser Schweisssecretion, beim Austritt aus der Schweisspore normalerweise sauer. Bei profuser Schweisssecretion (Pilocarpin-Schwitzbäder) nimmt die Acidität des Schweisses ab; derselbe kann neutral oder sogar alkalisch werden. Stagnirt der Schweiss, z. B. in den Fusssohlen, den Achselhöhlen, so zersetzt er sich und wird alkalisch. Streng von der Schweissreaction zu trennen ist die Oberhautreaction. Die gesammte Körperoberfläche des normalen Menschen reagirt sauer. Dabei ist eine absolute Hautacidität (Durchschnittsreaction je nach Alter, Geschlecht, Constitution etc.) von einer relativen Hautacidität (Verhältniss der Acidität zwischen den einzelnen Körperpartien desselben Individuums) zu unterscheiden. Die Acidität der Oberhaut ist derselben eigen; auch in der basalen Hornschicht und in der Stachelschicht herrscht normal ausgesprochen saure Reaction. Oberhaut- und Schweissreaction sind bis zu einem gewissen Grade von einander unabhängig. Bei alkalischem Schweisse kann die Oberhaut bis in die Tiefe noch saure Reaction zeigen. Die localen Differenzen der Oberhautreaction hängen besonders von der verschiedenen Hornschichtdicke ab, die wieder mit Differenzen der Schweisssecretion vergesellschaftet ist. Der normale saure Hautschweiss ist ein Additionsproduct, bestehend aus einem weniger sauren, wahrscheinlich schwach alkalischen Schweissdrüsensecret und einem sauren Oberhautsecret. Die saure Reaction des Schweisses in der Ruhe und die bis zur Alkalescenz abnehmende Acidität des Schweisses bei Thätigkeit, d. h. bei Pilocarpin- und Wärmeeinwirkung, hängt besonders von quantitativen Schwankungen der beiden Schweisscomponenten, speciell des Drüsensecretes, ab.

254. ***Zur Kenntniss der Lösungsbedingungen der Harnsäure im Harn.*** *Von **Rüdel.** (Arch. f. exper. Pathol. XXX. — Deutsche Med.-Zeitg. 1893. 15.)*

Der Verf. machte die Beobachtung, dass der Harnstoff nicht nur in wässeriger Lösung, sondern auch im Harn im Stande sei, Harnsäure wie harnsaure Salze zu lösen. Diese Thatsache hat Bedeutung, da die Lösungsweise der Harnsäure im Harn, sowie die Ursache ihres Ausfallens keineswegs klar gelegt sind. Zwar kann es nicht zweifelhaft sein, dass das Ausfallen der Harnsäure als solche oder als saueres Salz beim Erkalten des Harns von ihrem Verhältniss zum phosphorsaueren Natron des Harns abhängig ist, indem beim Herabgehen der Temperatur die Phosphorsäure sich eines Theiles des die Harnsäure lösenden Natrons bemächtigt; doch zeigt die Erfahrung, dass Harne, welche weder reicher an Harnsäure sind, noch eine stärkere sauere Reaction als andere besitzen, dennoch die Harnsäure rascher ausfallen lassen, ohne dass sich hierfür ein Grund auffinden liess. Einschlägige Versuche ergaben, dass 1 Liter 2proc. Harnstofflösung im Mittel 0·529 Grm. Harnsäure löst. Da der menschliche Harn durchschnittlich etwa 2 Procent Harnstoff und bei gemischter Kost etwa täglich 0·8



bis 1·0 Grm. Harnsäure enthält, so ist bei einer Harnmenge von 1500—2000 Ccm. der Harnstoff desselben allein im Stande, die Lösung fast der gesammten Harnsäure zu bewirken. Einen Theil der in 2proc. Harnstofflösung gelösten Harnsäure kann man durch Säurezusatz (Salzsäure) zur Abscheidung bringen. Ein beträchtlicher Theil bleibt in Lösung und dieser Antheil nimmt an Grösse zu, sobald der Säurezusatz das Optimum überschreitet, indem offenbar die überschüssige Säure einen Theil der Harnsäure wieder löst. Bei steigendem Säurezusatz verringert sich das Vermögen des Harnstoffs, die Harnsäure in Lösung zu halten und verschwindet schliesslich ganz. Dies geschieht aber erst bei einem Säuregehalte, bei dem die Säure ihrerseits allein einen beträchtlichen Theil der Harnsäure löst. Aus Lösungen von Harnsäure in Harnstoff, in denen der Harnstoffgehalt 6 Procent erreicht oder überschreitet, fällt beim Ansäuern statt der Harnsäure ein flockiger Niederschlag aus. Derselbe besteht aus einer Verbindung von gleichen Molecülen Harnsäure, Harnstoff und Wasser. Noch eine zweite Verbindung (1 Molecül Harnsäure, 2 Molecüle Harnstoff und 4 Molecüle Wasser) lässt sich darstellen. Wahrscheinlich kommt die Bildung des harnsaueren Harnstoffs auch im Harn von Menschen vor.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

255. ***Die Frage der Unschädlichkeit des Aluminiummetalls in der Verwendung bei Trinkgefässen.*** *(Nach Sächsischem Correspondenzbl. 1892.)*

*R. Kobert* schreibt in der „Chem.-Ztg.“: Sind die Angaben zutreffend, dass das Bier aus Aluminiumgefässen pro Liter bis 6 Mgrm. des Metalles aufnimmt, und wird trotz dieser Angreifbarkeit des Aluminiums durch Bier, Aluminium zur Aufbewahrung und zum Transport des letzteren empfohlen, so hält *Kobert* einen Einspruch hiergegen durchaus für gerechtfertigt. Bis jetzt liegt nur eine Arbeit von *Siem* über die acute und subacute Vergiftung mit Aluminiumsalzen vor, wobei die Vergiftung subcutan und intravenös vorgenommen wurde. Es ergab sich, dass im Blute circulirende Aluminiumsalze, und zwar selbst die allerindifferentesten, unbedingt giftig sind. Im Gegensatz hierzu haben zu Zürich Professor *Lunge* und Dr. *Schmid* neue Untersuchungen angestellt, welche die Ungefährlichkeit des Metalls ergaben. Demnach empfehlen die beiden Chemiker das Aluminium zur Aufbewahrung und ebenso zu chirurgischen Instrumenten. *Helbig* äussert sich zur Aluminiumfrage in der „Pharm. Centralh.“ dahin: Aus allen bisherigen zuverlässigen Beobachtungen, insbesondere aus denen von *Ohlmüller* und *Heise,* geht als hauptsächliches Ergebniss hervor, dass Ess- und Trinkgeschirre, sowie Kochgeräthe aus Aluminium bei der Reinigung einen verhältnissmässig bedeutenden Stoffverlust erleiden und beim Gebrauche sowohl durch saure und alkalische Flüssigkeiten, als auch durch Salzlösungen zumal bei Siedehitze angegriffen werden. Beide Uebelstände sind aber nicht von solcher Bedeutung, dass dadurch die Anwendbarkeit des Aluminiums zu den beregten Zwecken in allen Fällen ausgeschlossen oder wesent-



lich behindert wäre. Betreffs der Frage, ob Aluminium, welches mit den Speisen und Getränken dem Körper einverleibt wird, schädlich wirkt, erscheint nach allen bisherigen Wahrnehmungen eine acute Vergiftung ausgeschlossen, während die Meinungen über die Gefahr einer chronischen Vergiftung auseinandergehen. — Beobachtungen über zufällige derartige Wirkungen fehlen, experimentell erhielten *Ohlmüller* und *Heise*, sowie *Plagge* u. A. an Thieren und Menschen ausschliesslich verneinende Ergebnisse. — Ueber die Wirkung der Einführung von Aluminium in das Blut liegen nur ältere Versuche von *Siem* vor, welche merkwürdiger Weise im entgegengesetzten Sinne gedeutet werden. Während *Plagge* darin eine Bestätigung seiner Ansicht über die Ungefährlichkeit des Aluminiums findet, schliesst *Kobert* daraus, dass die im Blute circulirenden Aluminiumsalze, selbst die indifferenten, giftig sind und dass häufige, wenngleich nur kleine Dosen Nierenerkrankungen zu erzeugen verdächtig seien. — Zur Aufklärung der Aluminiumfrage wird es nöthig sein, die Versuche von *Paul Siem* einer Nachprüfung zu unterwerfen.

256. ***Ueber den Säuregehalt des Brotes und seine hygienische und national-ökonomische Bedeutung.*** *Von Prof.* ***K. B. Lehmann.*** *Vortrag in der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg, 14. Januar 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 5.)*

Verf. hebt zunächst die Thatsache hervor, dass das Mehl selbst wenig oder gar keine Säure besitzt und der hohe Säuregehalt des Brotes erst durch Spaltpilze bei der Zubereitung hervorgerufen wird. Seine Untersuchungen ergaben zwei darstellbare, sauer reagirende Körper, und zwar Essigsäure und saures phosphorsaures Kali. Ausser diesen beiden sind im Rückstande noch eine in Aether und in Wasser lösliche (wahrscheinlich Milchsäure) und eine in Aether lösliche, in Wasser unlösliche Säure. Quantitativ kommen etwa auf 20 Theile flüchtiger Säure 5 Theile nicht flüchtiger, in Aether und Wasser löslicher und 4 Theile in Aether löslicher, aber in Wasser unlöslicher Säure. Die freien organischen Säuren machen etwa 40—60% der Gesammtacidität aus. Da der Säuregehalt des Brotes zwischen 1 und 20 schwankt, so ist zunächst die Frage von Bedeutung, ob das stark saure Brod schlechter ausgenützt wird, als das weniger stark saure. Die Literatur enthält bisher 12 Versuche über die Ausnützung von Brot, deren Resultate aber nicht zum Entscheid der Frage nach der physiologischen Bedeutung der Brotsäure ausreichen. Zwölf eigene Versuche ergaben, dass die Ausnützung des sauren Brotes sich etwas günstiger stellt als die des nicht sauren, vorausgesetzt, dass Fleisch neben dem Brot verabreicht wird. Versuche ohne Fleisch sollen angeschlossen werden. — Ueberhaupt zeigte sich die Ausnützung des Brotes bei Fleischzugabe sehr deutlich günstiger als ohne Fleisch. Um zu sehen, ob und inwieweit die Säure im Stande ist, die in manchem Brote vorhandenen giftigen Pflanzenstoffe unschädlich zu machen, versetzte Verf. Brotteig, und zwar verschieden sauren Brotteig mit Kornrade und fand, dass bei stark saurem Brot das Gift ganz unschädlich gemacht wird, während bei schwach saurem Brote geringe Grade von Vergiftungserscheinungen vorkommen. Es compensirt also die nachlässige Gährung einigermassen die Wirkung der nachlässigen Getreidereinigung.



257. ***Wirkung hochgespannter elektrischer Ströme auf den menschlichen Körper.*** *Von Dr. Brandenburg, Zug. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 3.)*

Am 16. Juli 1892 wurde Verf. zu einem 19jähr. Burschen gerufen, der in Folge einer Wette die beiden Leitungsdrähte angefasst hatte, welche des 1½ Stunden entfernte Maschinenhaus für Elektricität mit der Stadt verbinden. Patient wurde von seinem gleichalterigen Kameraden aufgefordert, die Drähte zu berühren, um festzustellen, ob die geschilderte Wirkung so stark sei. Da die Berührung des einen Drahtes keine Wirkung zeigte, entschloss sich Patient, den zweiten auch noch in die Hand zu nehmen; daraufhin fühlte er sich von der Leiter, auf der er stand, in die Höhe gezogen; es gelang ihm aber, sich mit Anstrengung von den Drähten wieder frei zu machen, worauf er circa 10 Fuss hoch zu Boden stürzte. Sein Kamerad trug den Bewusstlosen nach einer nahen Scheune, wo erst nach circa einer halben Stunde das Bewusstsein zurückkehrte. Verf. sah Patienten am anderen Abend. Patient klagte über Kopfschmerzen, Schwindel und über Schmerzen auf der Brust. Die Untersuchung ergab: kräftiger Junge, Gesicht etwas blass, Pupillen gleichweit, Reaction prompt, keine Beschwerden in Bezug auf die Hörorgane, Sprache etwas zögernd, Temperatur Abends 8 Uhr 38·3°, Puls etwas beschleunigt, Herztöne rein, Motilität in Armen und Beinen normal; die Haut an beiden Händen in der volaren Gegend der Metacarpalköpfchen, sowie den Phalangen schwarz, verbrannt. Die meisten Schmerzen gab Patient in der linken oberen Brusthälfte an, der Gang war unsicher. Anderen Tags war immer noch etwas erhöhte Pulsfrequenz und leichte Temperatursteigerung vorhanden, Gang sicherer, Schmerzen geringer; Patient steht auf, klagt noch über etwas Kopfweh und Schwindel. Vom dritten Tage besserte sich der Zustand, so dass Patient wieder leichter Arbeit nachgehen konnte. Nach Erkundigung, die Verf. einzog, betrug die Spannung zur Zeit des „Versuches" 1300 Volt Gleichstrom. Bedenkt man, dass für Leute mit dünner, feuchter Haut, sowie Nervöse schon Ströme von 500 Volt gefährlich sein können, so muss man für diesen Fall annehmen, dass der betreffende Junge unter für ihn sehr günstigen Verhältnissen gestanden haben muss; seiner von der Arbeit derben und im Moment wohl auch trockenen Haut hat er es zu verdanken, dass er gewissermassen mit dem Schrecken davon gekommen ist. Die oben angeführten Symptome: Kopfweh und Schwindel, dürfen nicht mit Sicherheit der Einwirkung des elektrischen Stromes zugeschrieben werden, da die Erscheinungen auch auf den Fall aus der nicht unbeträchtlichen Höhe bezogen werden könnten. —*r.*



# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 258. *Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung.*

*Von Prof. Dr.* ***Soxhlet.***

*(Münchener med. Wochenschr. 1893. 1. u. 3.)*

Schon in seinem Vortrage über „ein verbessertes Verfahren der Milchsterilisirung“ (Münchener med. Wochenschr. 1891. 19 u. 20, als Broschüre im Verlag von J. F. Lehmann in München) hat Verf. darauf hingewiesen, dass mit der Sterilisirung nicht Alles gethan ist, um der Kuhmilch alle Eigenschaften zu verleihen welche die natürliche Nahrung des Säuglings besitzt; es bleiben noch Unterschiede chemischer Natur bestehen, deren Beseitigung ebenfalls angestrebt werden muss.

Unterschiede dieser Art sind: 1. Das verschiedene Verhalten des Kuhmilch- und Frauenmilchcaseins bei der Gerinnung; 2. der verschiedene Gehalt an Milchsalzen; 3. die Verschiedenheit hinsichtlich des absoluten Gehaltes an Nährstoffen und des Verhältnisses der einzelnen Milchbestandtheile zu einander.

Bekanntlich brachte man die geringere Verdaulichkeit des Kuhmilchcaseins mit dessen Gerinnungsweise im Zusammenhang. Die Kuhmilch gerinnt auf Zusatz von Säuren oder von Labferment in derberen Gerinnseln als die Frauenmilch. Für die Säuglingsernährung kommt, wie man erst jetzt bestimmt weiss, die Gerinnung durch Labferment allein in Frage. Die Gerinnungsunterschiede bieten an sich keine ausreichende Veranlassung, um eine chemische Verschiedenheit beider Caseinarten anzunehmen. Die Derbheit und Dichte des durch das Labferment des Magens abgeschiedenen Caseingerinnsels hängt nämlich ganz wesentlich ab von *a)* der Concentration der Caseinlösung, *b)* dem Gehalte an löslichen Kalksalzen und *c)* der Acidität der Lösung.

Bei der Kuhmilch wirken alle drei Factoren in stärkerem Masse zu Ungunsten der Gerinnungsart. Die Kuhmilch enthält etwa doppelt so viel Casein, 6mal soviel Kalk und sie hat eine etwa 3mal so hohe Acidität als die Frauenmilch. Kein Wunder, dass hier ein zusammenhängendes, lederartiges, dort ein feinflockiges und schwammiges Gerinnsel sich bildet. Durch Verdünnen mit Wasser und entsprechende Neutralisation kann man die Kuhmilch so verändern, dass sie fast wie Frauenmilch gerinnt; vollkommene Gleichheit lässt sich aber nicht erreichen, weil man die Kalksalze nicht vermindern kann. Der Wasserzusatz allein ist schon ein gutes Ausgleichungsmittel, von welchem in der Praxis ja schon lange mit Erfolg Gebrauch gemacht wird. Alkalizusatz bis zur Acidität der Frauenmilch wäre ein weiteres, und zwar sehr wirksames Ausgleichungsmittel. Solcherart neutralisirte Kuhmilch lässt sich aber nicht sterilisiren, ohne tief greifende Veränderungen zu erleiden: es wird Milchzucker zerstört, die Milch wird braun und schmeckt brenzlich. Dieselbe Veränderung erleidet die Frauen-



milch beim Sterilisiren, auch ohne jeden Zusatz. — Will man die Kuhmilch neutralisiren, so muss dies also nach dem Sterilisiren geschehen, etwa in der Weise, dass man in jede Flasche, unmittelbar vor der Verabreichung, auf je 100 Grm. verdünnte Milch eine der in den Apotheken vorräthig gehaltenen Bicarbonatpastillen wirft, welche, nach dem deutschen Arzneibuche bereitet, je 0·1 Grm. Natriumbicarbonat enthalten. In Fällen, wo eine auffallend derbflockige Gerinnung beobachtet wird, sei es, dass der Magen grössere Mengen Säure oder mehr Kalksalze abscheidet, kann eine solche Correctur der Acidität von Nutzen sein; ohne zwingende Gründe ist aber jede Complication und jede Gelegenheit zur Neuinfection lieber zu vermeiden.

Je stärker der Wasserzusatz, umso feinflockiger die Caseingerinnung durch Labferment; dem Wasserzusatz ist aber eine Grenze gesteckt durch Verhältnisse, welche zum Mindesten dieselbe Bedeutung für die Nährwirkung haben, wie die Feinflockigkeit des Gerinnsels. Bei zu starker Verdünnung wird das Nahrungsvolum zu gross oder die absolute Menge der verzehrten Nahrungsstoffe zu klein, um damit eine befriedigende Körpergewichtszunahme zu erzielen; verstärkter Wasserconsum steigert den Eiweisszerfall und die Fettzersetzung, verhindert also auch hierdurch die Bildung von Körpersubstanz; ausserdem beunruhigt die vermehrte Harnabsonderung das Kind und stört damit sein Wohlbefinden. Der Hauptnachtheil zu starker Verdünnung liegt offenbar in der zu geringen Nahrungszufuhr. Verzehrt ein 8—9 Wochen altes Brustkind nach den Ermittlungen von *E. Pfeiffer* täglich 900 Grm. Muttermilch und ein künstlich ernährtes Kind das gleiche Quantum eines Gemisches von 1 Theil Kuhmilch und 3 Theilen Wasser, so nimmt das Brustkind 20·6 Grm. Eiweiss, das künstlich ernährte Kind nur 8·0 Grm. Eiweiss auf; an Gesammtnährstoffen das Brustkind 113 Grm., das künstlich ernährte nur 29 Grm.

Gekochte Milch gerinnt durch Labferment sehr feinflockig und verbraucht, um zu gerinnen, sehr viel Labferment; je länger die Erhitzungsdauer und je höher die Erhitzungstemperatur, umso stärker diese Veränderung. Es wäre aber falsch, hieraus eine leichtere Verdaulichkeit der gekochten oder sterilisirten Milch abzuleiten oder gar das Gegentheil zu behaupten, wie dies von *Leeds* geschehen ist; denn die gekochte Milch wird hinsichtlich ihres Verhaltens zu Lab im Magen wieder zu ungekochter regenerirt. Durch Erhitzen werden die für die Labwirkung nothwendigen löslichen Kalksalze unlöslich gemacht; durch Hinzutreten minimaler Mengen einer Säure oder wahrscheinlicher von löslichen Kalksalzen, welche der Magen abscheidet, wird der ursprüngliche Bestand an löslichen Kalksalzen wieder hergestellt oder sogar noch erhöht. Zusätze von schleimigen Flüssigkeiten wirken bei der Gerinnung der Kuhmilch durch Lab nicht anders als Wasser. Angaben über eine günstige Beeinflussung der Gerinnung durch solche Zusätze beziehen sich auf Versuche mit Säuren, nicht auf den wirklichen Gerinnungsvorgang im Säuglingsmagen. Was den Nährwerth solcher Abkochungen betrifft, so täuscht man sich leicht durch ihre substanziöse Beschaffenheit; in der Regel hat man es mit einem etwa 1%igen Stärkekleister





zu thun, also mit einer sehr nährstoffarmen Flüssigkeit. Trotzdem mögen schleimige Flüssigkeiten in vielen Fällen von Nutzen sein, wenn auch die bisherige Erklärungsweise für ihre Wirkung nicht richtig ist.

Die Verwechslung von substanziöser Beschaffenheit und Nährwerth spielt auch bei der Taxirung des Nährwerthes der Kindermehle eine Rolle; da sie trotz Rösten und Backen nur unwesentlich verändertes Stärkemehl enthalten, so liefern sie auch mit viel Wasser aufgekocht noch eine dicke Masse, die den Eindruck einer gehaltreichen Nahrung macht.

Der Unterschied im Gehalt der Kuh- und Frauenmilch an Mineralstoffen besteht im Wesentlichen darin, dass die Kuhmilch 2—3mal soviel Aschenbestandtheile, 4mal soviel Phosphorsäure und 6mal soviel Kalk enthält als die Frauenmilch. Von dem das Knochengerüst bildenden Kalkphosphat ist also in der Kuhmilch ein ganz bedeutender Ueberschuss vorhanden, der nicht verbraucht wird und sich in den Ausscheidungen wieder findet (grosser Gehalt der Fäces an Kalkseifen). In beiden Milcharten ist der gelöste Kalk, der für die Caseingerinnung eine so wichtige Rolle spielt, hauptsächlich in Form von citronensaurem Kalk vorhanden. Eine Vermehrung der Kalksalze wäre nicht nur nutzlos, sondern insofern auch schädlich, als hierdurch die Derbheit des Caseingerinnsels vermehrt würde. Kalksalze wirken in dieser Richtung entgegengesetzt als alkalisch reagirende Natron- und Kaliverbindungen.

Die grösste Bedeutung ist unzweifelhaft dem verschiedenen Gehalte beider Milcharten an Nährstoffen und dem verschiedenen Verhältnisse der einzelnen Nährstoffe zu einander beizumessen; denn die Wirkung einer Nahrung hängt doch im Wesentlichen ab von der absoluten Menge der Nährstoffe und von dem Nährstoff-Verhältnisse. Wenn nach beiden Richtungen hin so grosse Unterschiede vorhanden sind, wie zwischen Kuh- und Frauenmilch, dann ist eine verschiedene Nährwirkung ganz selbstverständlich. Dieser gröbere Unterschied bedarf also zunächst der Ausgleichung, bevor man sich auf weitere Feinheiten einlässt. Nach *J. König* enthält im Durchschnitt von 793 Kuhmilchanalysen und von 108 Analysen der Frauenmilch in Procenten:

| | Wasser | Eiweissstoffe | Fett | Milchzucker | Asche |
|---|---|---|---|---|---|
| Frauenmilch . . . . | 87·41 | 2·29 | 3·78 | 6·21 | 0·31 |
| Kuhmilch . . . . . | 87·17 | 3·55 | 3·69 | 4·88 | 0·71 |
| Die Kuhmilch mehr oder weniger . . . . . | — 0·24 | + 1·26 | — 0·09 | — 1·33 | + 0·40 |

Aus den von *Hammarsten* ausgewählten neuesten und besten Analysen berechnet sich der durchschnittliche Gehalt der Frauenmilch auf 2·01 Proc. Eiweissstoffe, 3·52 Proc. Fett, 5·91 Proc. Milchzucker. Durch Verdünnen der Kuhmilch mit ein halb Theil 6%iger Milchzuckerlösung gelangt man zu einem Gemisch, das eben so viel Eiweiss und Milchzucker, aber um 1·32 Proc. weniger Fett enthält als die Frauenmilch. Es fragt sich nun, wie ist auch der normale Fettgehalt der Frauenmilch zu erreichen? *Biedert* hat vorgeschlagen, anstatt Milch, Rahm zu verwenden. Verf. hat angegeben, dass man an Stelle des besonders stark inficirten Rahms die überfetten, zuletzt ermolkenen Antheile des Gemelkes verwenden könne.



In beiden Fällen wird man auf grosse Schwierigkeiten stossen. Es fehlt vor Allem an einem Mittel, den Fettgehalt zu taxiren. In der Mischmilch normal gefütterter Kühe besitzen wir eine Nahrung von constanter und bekannter Zusammensetzung. Wir wissen, wie viel Nährstoffe mit einer solchen Milch verabreicht werden; in dem anderen Falle begeben wir uns dieses Vortheiles. Ausserdem lässt sich eine überfette Milch nicht sterilisiren, ohne dass das Fett zusammenschmilzt und der für die Fettresorption so wichtige Emulsionszustand zerstört wird. Aus praktischen Gründen wird man deshalb die weniger correcte, aber sichere Massregel wählen müssen, das fehlende Drittel Fett durch einen möglichst gleichwerthigen Stoff zu ersetzen. Das Fett der Nahrung wirkt im Körper eiweisssparend, es liefert Wärme oder Kraft und es wird zu Körperfett. Alle diese Functionen können auch die Kohlehydrate — hier der Milchzucker — übernehmen. Nach den Untersuchungen *Rubner's* sind 243 Milchzucker 100 Theilen Fett isodynam; die fehlenden 1·32 Proc. Fett können also ohne wesentliche Bedenken durch 3·19 Proc. Milchzucker ersetzt werden.

(Schluss folgt.)

---

# Literatur.

259. ***Die Krankheiten der ersten Lebenstage.*** *Von Dr. **Max Runge**, ord. Professor der Geburtshilfe u. Gynäkologie, Director der Frauenklinik an der Universität Göttingen. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. 8°. VIII u. 340 S.*

Jedem Praktiker ist es wohlbekannt, dass die Specialität, wenn man so sagen darf, welche in dem vorliegenden Werke nun schon eine zweite umgearbeitete und vermehrte Darstellung findet, eine wohlberechtigte ist. Wie zwischen Lipp und Kelchesrand drohen dem Neugeborenen beim Uebertritt aus dem fötalen in das extrauterine Dasein eine Anzahl eigenthümlicher Erkrankungen, deren Behandlung zum grössten Theil noch in den Wirkungskreis des Geburtshelfers fällt, während die Thätigkeit des Pädiatrikers für dieselben erst in zweiter Linie in Anspruch genommen wird; demgemäss sind auch viele der früher gehörigen Affectionen in den Lehrbüchern der Kinderkrankheiten entweder gar nicht oder nur mit aphoristischer Kürze behandelt. Doch auch in den Lehrbüchern der Geburtshilfe sind die hierhergehörigen, den Neugeborenen eigenthümlichen Krankheiten nur lückenhaft dargestellt, so dass das vorliegende Werk ein erst in neuerer Zeit eingehender studirtes Capitel der speciellen Pathologie und Therapie, welches Verfasser auch durch eigene Forschungen förderte, dem Arzte zum Studium darbietet. Das nachfolgende Verzeichniss der einzelnen Capitel belehrt den Leser über das hier abgehandelte Gebiet: I. Die Asphyxie der Neugeborenen. II. Die Wundinfection der Neugeborenen: *a)* Krankheiten der Nabelwunde; *b)* die nicht vom Nabel ausgehenden Wundinfectionen. III. Der Tetanus der Neugeborenen. IV. Das Erysipelas in den ersten Lebenstagen. V. Die acute Fettdegeneration der Neugeborenen; *Buhl*'sche Krankheit. VI. Die *Winckel*'sche Krankheit. Epidemische Hämoglobinurie mit Icterus bei Neugeborenen. VII. Die Omphalorrhagie. VIII. Meläna der Neugeborenen. IX. Icterus der Neugeborenen. X. Die infectiöse Augenentzündung der Neugeborenen.



XI. Der Soor. XII. Der Pemphigus der Neugeborenen. XIII. Das Sclerem. XIV. Die Mastitis der Neugeborenen. XV. Das Kephalhämatom. XVI. Der Nabelschnurbruch. Jedem einzelnen Capitel ist eine erschöpfende Literaturübersicht, dem ganzen Werke ein Autoren- und Sachregister beigefügt. Verf. hat auch in dieser Auflage dem von ihm seit Jahren gepflegten Wissensgebiete eine objective und kritische Darstellung gegeben, welche im gleichen Masse den klinischen Forscher wie den praktischen Arzt befriedigen wird. *—sch.*

260. ***Lehrbuch der Constitutionskrankheiten.*** *Von Dr.* ***Friedrich Albin Hoffmann,*** *k. u. wirkl. Staatsrath, o. ö. Professor, Director der Universitätspoliklinik zu Leipzig. Mit zahlreichen Curven. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1893.*

Ein prächtiges Buch, dessen Lesen Freude und dessen Studium Gewinn bringt! In der anregenden Weise geschrieben, welche wir von der geistvollen Feder des gelehrten Verf. gewohnt sind, ist dieses Buch ein Lehrbuch im besten Sinne des Wortes. Es belehrt kurz und bündig, präcise und deutlich, zieht die Ergebnisse der Forschung in scharfen Umrissen und legt uns den Kern dessen klipp und klar vor, was in den Abhandlungen und Einzelarbeiten der neuesten Literatur über die Constitutionskrankheiten zu Tage gefördert worden. Dadurch, dass der Verf. in strenger Kritik der Quellen nur das wirklich Thatsächliche bringt und dem Wissbegierigen die Anweisung auf die Specialliteratur gibt, ist das Buch ein eminent praktisches geworden, führend den Studirenden wie den ausübenden Arzt. Die Darlegung umfasst die einfachen Anämien, die Anämien durch Erkrankung der lymphatischen Apparate, die hämorrhagischen Diathesen, die Hämoglobinämien (eine den Stand der gegenwärtigen klinischen Blutuntersuchung erörternde Einleitung ist an die Spitze gestellt); ferner die constitutionellen Erkrankungen des Bewegungsapparates: Rhachitis, Osteomalacie, chronischer Rheumatismus, progressive ossificirende Myositis, die multiple Exostosenbildung der Kinder; endlich die Stoffwechselkrankheiten: Fettsucht, Gicht, Diabetes mellitus, Glycosurie, Diabetes insipidus, Oxalurie, Phosphaturie, Inosurie, *Addison's* Krankheit. Bei allen diesen pathologischen Zuständen wird systematisch zunächst die pathologisch-anatomische Charakteristik gegeben, dann Ursache und Vorkommen erörtert, Verlauf des Zustandes, Symptome desselben, Complicationen geschildert, auf das Wesen der Erkrankung eingegangen, die Diagnose und Prognose dargethan, schliesslich die Therapie besprochen und ein genaues Verzeichniss der einschlägigen Literatur gegeben. Allenthalben herrscht die praktische Richtung vor, Vermeidung aller überflüssigen Theorien und Deutungen, Hervorheben des für die Erklärung und Behandlung eines einschlägigen Krankheitsfalles Nützlichen und Nothwendigen. Die äussere Ausstattung des Buches, das einen Theil der „Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker" desselben Verlages bildet und auch thatsächlich in jede „Bibliothek des Arztes" gehört, ist sehr gut und würdig. Prof. *Kisch.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

261. ***Alkohol und Digitalis.*** *Von Prof. Dr.* ***Erich Harnack.*** *Nach dem Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte in Halle a. S. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 9.)*

Die Frage nach den Alkoholwirkungen ist immer noch eines der schwierigsten Probleme für die pharmakologische Forschung. Zwei Auffassungen stehen sich hier ziemlich unvermittelt gegenüber. Im Hinblick auf die beim Alkoholrausche sich kundgebenden Erregungserscheinungen und auf die jedem Arzte wohlbekannte analeptische, stimulirende Wirkung des Alkohols am Krankenbett sieht die Auffassung der Aerzte den Alkohol in kleinen und mittleren Dosen ausschliesslich als ein Erregungsmittel an. Dagegen wenden sich nun seit geraumer Zeit die Pharmakologen und die Physiologen, die fussend auf den Resultaten pharmakologischer Versuche lehren, dass der Alkohol, nachdem er in's Blut gelangt, überhaupt nur lähmende Wirkungen auf Theile des Nervensystems auszuüben im Stande sei. Die Vorsichtigeren unter ihnen präcisirten den Satz so, dass die directen Wirkungen, welche der Alkohol vom Blute aus auf das Nervensystem ausübt, nur lähmender Art seien. Dabei ist hier der Begriff der „Lähmung" im pharmakologischen Sinne, wonach wir jede Verringerung der Erregbarkeit, ja selbst jede Verminderung eines bestehenden abnormen Erregungszustandes als lähmende Wirkung bezeichnen, gefasst. Ohne die hervorgehobene vorsichtigere Präcisirung der pharmakologischen Lehre von den Alkoholwirkungen zu beachten, griffen die Ritter von der Enthaltsamkeit, die total abstainers und teatotalers, zur Rechtfertigung des von ihnen eingenommenen Standpunktes jene Lehre mit Freuden auf und suchten sie zu fructificiren. Sie predigten nunmehr dem Volke: „Da seht ihr's, was ihr für ein Reizmittel, ein Stimulans hieltet, ist lediglich ein Betäubungs-, ein Lähmungsmittel! Jeder Tropfen Alkohol schwächt die Willensenergie, und wer nicht zur Fahne absoluter Enthaltsamkeit schwört, der geht mit dauernd geschwächter Willensenergie durch's Leben und muss vor dem Enthaltsamen im Kampf um's Dasein endlich unterliegen." Soweit ich davon entfernt bin, die Bedeutung und den Erfolg der gegen die Trunksucht gerichteten humanen Bestrebungen gering zu schätzen, so bin ich doch der Meinung, dass diese ganze Auffassung ebenso einseitig ist, wie die andere, welche in dem Alkohol ausschliesslich ein Reizmittel erblickt. Die Eigenthümlichkeit der Alkoholwirkungen, aus welcher wir die Bedeutung der Alkoholica sowohl als Genussmittel wie als Heilmittel verstehen lernen, liegt vielmehr meiner Ansicht nach in dem gleichzeitigen Zusammentreffen der erregenden und lähmenden, belebenden und beruhigenden Wirkungen des Alkohols in kleinen und mittleren Mengen. In dieser seiner Eigenart lässt sich der Alkohol durch keine andere bisher bekannte Substanz völlig ersetzen, d. h. es gibt kein zweites Mittel, welches sich gleich dem Alkohol verwenden liesse, um zum Nutzen für den Menschen den Organismus anzuregen und zu beleben und dabei zugleich lästige oder quälende körperliche und seelische Empfindungen vorübergehend zu beseitigen, den Menschen in gewissem Sinne von sich selbst und von störenden Einflüssen der Aussenwelt vorübergehend zu befreien. Die Alkoholwirkung ist also nicht eine ausschliesslich erregende bei kleinen, eine lähmende bei grossen Dosen, sondern eine jede überhaupt wirksame Alkoholgabe wirkt gleich-





zeitig erregend und lähmend. Wenn diese Auffassung aber zutreffend ist, so muss nothwendiger Weise die gleichzeitige erregende und lähmende Wirkung verschiedene Theile des Körpers betreffen, wenn diese Theile auch unter Umständen in einer einzigen Zelle gelegen sein könnten.

Dass der Alkohol in der That zugleich erregend und lähmend wirkt, ergibt sich vor Allem schon aus den Erscheinungen, welche in Folge der Anwendung alkoholischer Getränke als Genussmittel zur Beobachtung kommen. Während Vorstellungen im Menschen wachgerufen werden, die im Allgemeinen angenehmer Art sind, tritt zugleich eine Abschwächung der unangenehmen körperlichen und seelischen Empfindungen, ein Vergessen aller Sorgen und allen menschlichen Elendes ein. Aber ebendaher auch die heftige Reaction, wenn nach zu weit getriebener Alkoholwirkung sich das Stadium der Nachwirkung einstellt: den körperlich quälenden Empfindungen gesellen sich die seelischen mit verdoppelter Gewalt hinzu, und erneuerte Hilfe gewährt immer nur der Alkohol. Ueberhaupt liegt die ungeheure Versuchung zum Missbrauch einer derartigen Wirkung auf der Hand.

Weshalb sucht der Verbrecher sich Muth anzutrinken zur Begehung seiner lichtscheuen That? Er muss fest auf den Füssen stehen und Herr seiner Glieder bleiben, darf also die Alkoholwirkung nicht zu weit treiben; auch seine Willensenergie darf nicht abgeschwächt werden, im Gegentheil: er sucht sie zu beleben, zu steigern. Was er aber ausserdem erstrebt und durch den Alkohol auch erreicht, das ist die Abstreifung alles dessen, was ihn befangen, ängstlich und verzagt macht. Die Bedenken und Erwägungen aller Art, welche ebenso sehr die kühne Thatkraft lähmen, als die Ausführung einer unsittlichen Handlung verhüten können, werden durch den Alkohol verringert und beseitigt. Ueberaus zutreffend hat Shakespeare, einer der grössten Psychologen und Empiriker aller Zeiten, die Alkoholwirkung beurtheilt, wenn er (im „Macbeth") vom Weine sagt: „Liebe befördert er und befördert er nicht, er befördert das Verlangen, aber er nimmt weg die Verrichtung. Deshalb kann man sagen: Der Wein ist ein Zweizüngler gegen die Liebe, er hebt sie und dämpft sie, er bringt sie auf und schlägt sie nieder, er beschwatzt sie und entmuthigt sie etc." Diese so merkwürdig zusammengesetzte, dem Alkohol ausschliesslich eigenthümliche Wirkung, sie erschliesst uns auch das Geheimniss des Nutzens vorsichtigen und verständigen Alkoholconsums für gesunde Menschen, und zwar des Nutzens für das Einzelindividuum wie für die Gesellschaft. Der Alkohol ist vor Allem ein unschätzbares Förderungsmittel für den Verkehr der Menschheit, für die Geselligkeit. Dass die Menschen froher, heiterer, geistig angeregter werden und dabei zugleich in Folge der eigenartigen Gehirnwirkungen des Alkohols ihre Befangenheit und Zurückhaltung verlieren, wahrer, offener, mittheilsamer gegen einander werden, dass das Leben der Phantasie und des Gemüthes begünstigt wird auf Kosten des kalten logischen Verstandes, das sind hauptsächlich die Gründe, durch welche der Alkohol zu dem mächtigen Förderungsmittel für die Geselligkeit wird. Die Einwirkung des Menschen auf einander wird durch das Hilfsmittel des Alkoholgenusses ganz ungemein gefördert: ein Mensch wirkt auf seinesgleichen weit mehr durch sein Beispiel, durch den Ausdruck seiner Begeisterung, durch die Art, wie er für eine Sache eintritt, als durch logisch folgerichtige, kühl verstandesmässige Darlegung und Belehrung. Allein auch in körperlicher Hinsicht kann der Alkohol dem Menschen



vielfältigen Nutzen gewähren, der sich mindestens ebenso sehr aus den beruhigenden wie aus den belebenden Wirkungen des Alkohols herleiten lässt. Wir besitzen im Alkohol ein Mittel, durch welches wir rasch und in angenehmer Weise die passive Erregbarkeit gewisser Gehirntheile zu verringern im Stande sind, so dass Reize, die von der Aussenwelt oder von unserem eigenen Körper ausgehen, unser Nervensystem nicht in dem Grade afficiren, wie es sonst der Fall wäre. Diese Wirkung des Alkohols, welche sich ja zugleich mit gewissen belebenden Einflüssen paart, ist wahrscheinlich von hervorragender hygienischer Bedeutung, zumal für den innerhalb der modernen Cultur lebenden Menschen. Indem wir zeitweilig die Erregbarkeit unseres Sensoriums ein wenig verringern (was durchaus nicht nothwendig mit einer Verminderung der Willensenergie verbunden zu sein braucht), werden wir in den Stand gesetzt, das nervenerregende Treiben, die hastende Unruhe, welche das Culturleben mit sich bringt, besser zu ertragen und so eine Schädigung des Nervensystems durch Ueberreizung zu verhüten. Es ist daher ein überaus wohlthätiges Geschenk, das uns die Natur im Alkohol gemacht hat: während er uns einerseits erfreut und belebt, befreit er uns andererseits von der nachtheiligen Einwirkung nervenerregender Reize, mögen dieselben nun von unserer Umgebung oder von unserem eigenen Körper ihren Ausgang nehmen. Es ist verhältnissmässig leicht, eine Berechnung darüber aufzustellen, ein wie grosser Theil von den Bewohnern unserer Irrenhäuser als Opfer des Alkoholismus zu bezeichnen ist, aber es ist unmöglich zu berechnen, in welchem Grade sich die Irrenhäuser füllen würden, wenn wir der Menschheit die Wohlthat mässigen Alkoholgenusses dauernd entzögen. Diese gleichzeitig erzeugten belebenden und beruhigenden Wirkungen sind es auch, denen der Alkohol seine hervorragende Bedeutung als Heilmittel verdankt. Die Resultate der tausendfältigen am Krankenbette gemachten Beobachtungen sind über allen Zweifel erhaben. Im Allgemeinen sind jedoch die Therapeuten geneigt, zu ausschliesslich die belebenden, erregenden Wirkungen des Alkohols zu betonen und die beruhigenden, lähmenden Wirkungen, welche auch durch kleine Dosen bereits erzeugt werden, allzu sehr zu ignoriren. Allein das Geheimniss der Heilwirkungen des Alkohols beruht auch auf der gleichzeitig eintretenden Anregung gewisser Körperfunctionen und der Schonung, welche verschiedene Theile des Centralnervensystems erfahren. Jedenfalls müssen wir daran festhalten, dass auch kleine Mengen Alkohol immer gewisse lähmende Wirkungen in unserem Körper erzeugen, und wir sind wohl berechtigt, die Frage aufzuwerfen, ob diese Wirkungen nicht unter Umständen bei arzneilicher Anwendung der Alcoholica nachtheilige Folgen mit sich bringen können. Zur Beantwortung dieser Frage möchte ich für heute nur auf einen wichtigen Punkt hinweisen, den man am Krankenbett im Allgemeinen zu wenig zu beachten geneigt ist, und das sind die Blutgefässe. Man denkt gewöhnlich zu ausschliesslich ans Herz, zu wenig an die Gefässe, und doch ist der Kreislauf des Blutes und die dadurch bedingte normale Ernährung aller Körpertheile nicht nur von der Thätigkeit des Herzens, sondern auch von der Beschaffenheit der Gefässe abhängig. In den elastischen Gefässwandungen sammelt sich gewissermassen die Herzarbeit an, der Gefässtonus ist die Kraft, welche die Blutkörperchen durch die Capillarsysteme hindurchpresst. Liegt der Gefässtonus darnieder, so wird die Circulation mangelhaft, es kommt zu Stauungen des Blutes, der Abfluss der Lymphe wird erschwert, die Ge-





websflüssigkeit staut sich, die Harnsecretion ist gering. Oedeme und Hydrops können sich einstellen. In solchen Fällen, wie sie namentlich bei protrahirten acuten Erkrankungen, in der Reconvalescenz u. dergl. vorkommen können, wirkt nicht selten der Alkohol selbst in kleinen Dosen nachtheilig, weil die Gefässlähmung durch das Mittel verschlimmert wird. Unter den lähmenden Wirkungen des Alkohols ist die auf die Gefässe eine der deutlichsten und frühzeitigsten. Kranke, welche in gesunden Tagen den alkoholischen Getränken keineswegs abhold sind, zeigen dann eine unverholene Abneigung gegen den Alkohol in irgend welcher Form. Ich glaube, man kann mit einigem Rechte den Satz aufstellen: wenn ein acut Kranker gerne Wein u. dergl. geniesst, so ist es mit ihm noch nicht so schlimm oder nicht mehr so schlimm bestellt. Die Abneigung des Kranken gegen Alkohol sollte man im Allgemeinen respectiren. Statt den Kranken zum Alkohol zu nöthigen, dürfte es in derartigen Fällen wohl gerathener sein, durch ein geeignetes Mittel auf den Gefässtonus einzuwirken, um diesen zu heben und dadurch die Circulation wieder zu verbessern. Zur Erfüllung dieses Zweckes verdient unzweifelhaft die Digitalis am meisten Berücksichtigung. Der alte Streit, ob die Digitalis auf das Herz oder auf Herz und Gefässe einwirkt, ist mit voller Sicherheit zu Gunsten der letzteren Auffassung entschieden worden. Die Digitalis wirkt augenscheinlich auf die Gefässe in analoger Weise wie auf das Herz, und zwar bereits in kleinen Mengen. Ueberhaupt möchte ich mir erlauben, Ihnen zu empfehlen, in solchen Fällen sehr kleine Dosen der Digitalis (Infus. von 0·3 : 180·0 etc.) zur Anwendung zu bringen: Sie werden sicherlich oft schöne Wirkungen beobachten, ohne Ihren Patienten zu gefährden. Dabei werden Sie voraussichtlich gegebenen Falles als scheinbar paradoxe Digitaliswirkung eine Beschleunigung des Pulses beobachten, während doch sonst die pulsverlangsamende Wirkung für die Digitalis typisch zu sein pflegt. Durch die Einwirkung auf die Circulation wird eben die Ernährung des Herzens und dadurch auch die vorher mangelhafte Function desselben gebessert. Dass geschwächte Patienten selbst bei Anwendung so kleiner Digitalisdosen unter sorgfältiger Aufsicht des Arztes bleiben müssen, dass man in dem Fortgebrauch des Mittels nach 2, höchstens 3 Tagen eine Pause eintreten lässt, versteht sich von selbst. Ich möchte Ihre Aufmerksamkeit namentlich auch für die Behandlung von Reconvalescenten nach schweren Influenzafällen auf die angegebene Medication lenken.

# Kleine Mittheilungen.

262. ***Untersuchungen über die therapeutische Wirkung des Dermatol.*** *Von **Colasanti** und **Dutti**. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 34. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 8.)*

Den Verff. bewährte sich das Dermatol als eines der besten, unschädlichen local wirkenden Mittel der modernen Therapie gegen Diarrhoe. Sie verordneten es in Dosen von 2·0—6·0 pro die, in Pulvern von 25—50 Cgrm., jedes allein oder mit 5—10 Cgrm. Pulvis thebaicus gemischt, wenn die Diarrhoen mit Schmerzen verbunden waren, oder es wurde in Gummiemulsion suspendirt und eventuell einige Tropfen Laudanum zugesetzt.

263. ***Heftpflasterverbände gegen Frostbeulen*** lassen sich an den hauptsächlich von dem Leiden befallenen Stellen der Füsse: Grosszehenballen und Ferse, sehr leicht appliciren, aber auch ganz gut an den Zehen. An den Händen ist die Sache etwas schwieriger, geht aber auch, wenn man das amerikanische Heftpflaster benützt, das sehr gut klebt und nicht erwärmt zu werden braucht. Es ent-



hält auch etwas Salicylsäure, die zur Heilung etwaiger Schrunden mit beitragen mag. Der Verband wird fest angezogen und bleibt wenigstens drei Tage liegen; dann ist die Sache geheilt. Die Verbände an den Händen sehen allerdings nach dieser Zeit — besonders bei der arbeitenden Classe — nicht schön aus, haben aber ihren Zweck erreicht. Das amerikanische Heftpflaster hält auch bei im Wasser arbeitenden Händen von Köchinnen ziemlich gut.

(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 3.)

264. ***Verbesserte Sorten von Leberthran,*** welche von den Kindern gerne genommen werden, demonstrirte *Dr. Eisenschitz* in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doctorencollegiums am 16. Januar 1893. Die Präparate haben folgende Zusammensetzung:

*Ol. jec. Aselli 100·0,*
*Saccharini 0·4,*
*Aeth. acet. 2·0.*

Als weitere Zusätze werden verwendet:

entweder *Ol. Menth. pip. gtt. 2*
oder *Ol. Cinnamom. gtt. 1·5*
oder *Aeth. fragor. 2·0.*

Ausser dem Wohlgeschmacke bieten diese Präparate den Vortheil, dass sie sich lange halten.

## Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

*Gerényi, Fedor*, Die Trinkerasyle Englands und die projectirte Trinkeranstalt für Niederösterreich vom Standpunkte der Administration. Wien 1893, Verlag von Franz Deuticke.

*Ortner, Dr. Norbert,* Assistent der ersten medicinischen Abtheilung und gew. Prosectursadjunct des Rudolfspitales in Wien, Die Lungentuberculose als Mischinfection. Mit 2 chromolithographirten Tafeln. Aus dem Institute für pathologische Histologie und Bacteriologie (Prof. A. Weichselbaum) in Wien. Wien und Leipzig 1893, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitätsbuchhändler.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.










Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

265. ***Ueber den Stoffwechsel der Magenkranken und seine Ansprüche an die Therapie.*** *Von Dr. **Carl v. Noorden**, Privatdocent in Berlin. (Berliner Klinik. 1893. Heft 55. Berlin, Fischer's medicinische Buchhandlung.)*

In dem vorliegenden Aufsatze des durch seine Stoffwechseluntersuchungen bestens bekannten Autors skizzirt dieser in lebhafter, den Leser fesselnder Weise die wichtigsten Einflüsse der Magenkrankheiten auf den Stoffwechsel und zeigt auch die praktische Verwerthung für die Behandlung der Magenkranken. Als Resultat seiner Stoffwechseluntersuchungen stellt Verf. den Satz hin, dass bei den gewöhnlichen Magenkrankheiten: Chronischer Catarrh, Ulcus ventriculi, nervöse Dyspepsie in ihren vielen Formen, Ectasien ohne Carcinom ausschliesslich das jeweilige Mass der Unterernährung die Abweichung des Stoffwechsels von dem gesundhaften Verhalten vorschreibt. Auf dieser Erkenntniss muss auch die Ernährungslehre fussen. Man kann, so erörtert der Verf., dem Magen möglichst wenig zumuthen, ihn durch Nahrungsbeschränkung schonen, das geht bei acuten Magenkrankheiten oder acuten Steigerungen chronischer Processe; aber das Fortschreiten auf diesem Wege wird gefährlich, weil es den Gesammtorganismus immer mehr herunterbringt. Man muss dann einen anderen Weg betreten und zunächst die wichtigste Folgeerscheinung, die chronische Unterernährung, beseitigen; der günstiger werdende Ernährungszustand des Gesammtorganismus wird den Ausgleich der localen Krankheit erleichtern. In Ziffern bedeutet dies: die Gesammtnahrungszufuhr soll so weit gesteigert werden, dass etwa 35 Calorien pro Kilo beim bettruhenden und etwa 40 Calorien beim leicht beschäftigten Magenkranken erreicht werden. Nimmt man als Körpergewicht des herabgekommenen und auf Fleisch und Fett zu mästenden Magenkranken 50 Kilo an, so erheischen diese eine Zufuhr von 1750 Calorien. Verf. weist nun nach, wie dieselben in Form von Speisen zuzuführen sind, welche den Magen weder mechanisch, noch chemisch reizen, er erörtert diesbezüglich die Einfuhr von Eiweiss, Kohlenhydrate und Fett und stellt als Beispiele die Calorienberechnungen einiger Speisezettel auf, und zwar für ausschliessliche Milchnahrung, vorwiegende Milchnahrung mit Zusatz von Kohlenhydraten in flüssiger Form, vorwiegende Milchdiät mit Zusatz von Kohlenhydraten und Fett in Breiform und Suppen, Milchdiät mit festen, aber schlackenarmen Mehlspeisen und mit Fleischbrühe, Milch mit zartem Fleisch, festen Mehlspeisen, Butter, Suppen; reichlichere, wenig reizende Kost. Zum Schlusse bespricht Verf. die Bedeutung der Salzsäure (Verf. wünscht, dass





man die Salzsäure nicht nach, sondern $^1/_4$ Stunde vor dem Essen nehme) und der Bittermittel für Magenkranke. Das kleine Heft, welches den Vortrag Verf.'s bietet, enthält mehr für die Behandlung Magenkranker Belehrendes als manches dickleibige Buch und ist darum höchst beachtenswerth für den praktischen Arzt. Diesem möchten wir bei solcher Gelegenheit auch den Leitfaden desselben Autors: Grundriss einer Methodik der Stoffwechselversuche, empfehlen. Prof. *Kisch.*

266. ***Cerebellare Ataxie und Gesichtsfeldamblyopie nach einer Kopfverletzung.*** *Von Dr. **Fritz Moritz**, München. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1892. Bd. IL. Heft 4—5. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 4.)*

Verf. berichtet uns von einem Patienten, der durch einen herabstürzenden Stein einen Knochenbruch des Hinterhauptbeines mit Impression von Knochensplittern in die Schädelhöhle sich acquirirt hatte. Nach der Entfernung von circa 6 Grm. eingedrückten Knochens erfolgte die Heilung der Wunde ohne weitere Störung. Nach einem Monat wird von lebhaftem Schwindelgefühl beim Gehen und unsicherem Gang berichtet Nach weiteren 21 Tagen klagt Pat. über sehr schlechtes Sehen, so dass er einen Brief nicht unterzeichnen kann, während er vor dem Unfall ein gutes Sehvermögen hatte. Die Sprache ist stotternd und unzusammenhängend, was sich nach einiger Zeit bessert. — 1 Jahr 5 Monate nach dem Unfall kommt der Kranke zur Aufnahme auf der medicinischen Klinik zu München. Seine Klagen beziehen sich auf zeitweilig sehr heftige Kopfschmerzen, schlechtes Sehen, Schwindelgefühl und Unsicherheit beim Stehen und Gehen. Pat. gibt an, dass ihm die Aussenwelt sich in drehender und tanzender Bewegung zu befinden scheint, wobei es gleichgiltig ist, welche Körperlage er einnimmt. So glaubt er, dass ein ruhig ihm vor das Auge gehaltener Gegenstand im Sinne des Uhrzeigers gedreht werde. Trotz dieser Gesichtstäuschungen ist der Kranke indessen im Stande, einen Gegenstand ruhig zu halten, indem hier offenbar sein normales Muskelgefühl corrigirend eingreift. Die ophthalmologische Untersuchung ergab bezüglich des Augenhintergrundes normale Verhältnisse, bezüglich der Refraction eine ganz geringe Hyperopie. Trotzdem besteht eine hochgradige Amblyopie. Ferner ergibt sich das Gesichtsfeld für Weiss wie für Farben in extremer Weise, fast bis auf einen Punkt eingeengt. Beim scharfen Fixiren ermüden die Augen rasch. Im Uebrigen sind die Augen normal. — Das auffälligste Symptom war eine hochgradige Coordinationsstörung in aufrechter Körperhaltung. Im Liegen und Sitzen ist an den Bewegungen des Pat. nichts Abnormes zu bemerken. Sobald Pat. aber geht oder steht, kommt es zu grossen Schwankungen des Rumpfes, besonders bei Schluss oder Aufwärtsrichten der Augen. Der Gang gleicht dem eines schwer Betrunkenen, ist taumelnd, bald langsam, bald schnell, mit häufigem Uebereinandersetzen der Füsse und seitlichen Abbiegungen in stürzender Bewegung. — Eigentliche Zwangsbewegungen nach rückwärts oder einer Seite kommen nicht zur Beobachtung. Bei Druck auf den Boden des Schädeldefectes vermehrt sich das Schwindelgefühl und das Taumeln. Die Arme sind von atactischen Störungen frei, die grobe Kraft in



Armen und Beinen normal. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits vollkommen, ebenso der Achillessehnenreflex und die Bauchreflexe. Sohlenreflex schwach, Cremasterreflex und Armreflexe normal. Die Sensibilität scheint am ganzen Körper in geringem Grade herabgesetzt zu sein, die Tastkreise an den Fingerspitzen und Zehen etwas vergrössert. Die Sprache zeigt keine wesentliche Störung, die Intelligenz ist normal. – Psychische Erregungen bewirken eine bedeutende Verstärkung des Taumelns und Schwankens. Nach einem chirurgischen Eingriff an der verletzten Stelle verlor sich die Scheinbewegung ruhender Gegenstände, das Gesichtsfeld vergrösserte sich, ebenso nahm die Sehschärfe zu. Im Gang des Patienten hatte sich jedoch auch nach der Operation nichts zum Besseren geändert. ebenso im Stehen. — Bei einer 6 Monate später vorgenommenen Besichtigung war in allem eine entschiedene Besserung zu constatiren, nur über Kopfschmerz und Schwindelgefühl wurde besonders geklagt. Verf. kommt per exclusionem dazu, eine Läsion des Kleinhirns im vorliegenden Falle als die Ursache für die Coordinationsstörung anzunehmen. Dass nämlich Affectionen des Kleinhirns atactische Störungen, und zwar gerade der vorliegenden Art bedingen können, dürfte als eine feststehende Thatsache zu bezeichnen sein. — Die Annahme, dass eine Schädigung des Kleinhirns stattgefunden, findet eine Stütze durch die Localisation der Verletzung, welche in unmittelbarer Nachbarschaft dieses Organes liegt. Als bemerkenswerth und nicht in den Rahmen einer reinen Kleinhirnerkrankung gehörig sind die Störungen im Sehvermögen zu bezeichnen, welche Symptomencombination schon vor langer Zeit *Graefe* unter dem Namen Anaesthesia retinae beschrieben hat. Verf. neigt sich der Anschauung zu, dass es in diesem Fall sich nicht um anatomische Veränderungen im Kleinhirn handelt, sondern nur um eine vielleicht moleculäre Umlagerung der Nervenmasse durch die Erschütterung.

267. ***Ueber einen Fall von infectiösem Icterus (Weil'sche Krankheit) nebst Betrachtungen über das Wesen desselben.*** *Von Dr. Altermann, Münster. (Milit.-Zeitschr. Allg. med. Central-Ztg. 1893. 17.)*

268. ***Ueber 10 Fälle Weil'scher Krankheit.*** *Von H. Jäger. (Zeitschr. f. Hygiene. 1892. Heft 4.)*

Pat. machte das Bild eines Schwerkranken — vollkommene Apathie, ausser einer Angina, geringen bronchitischen Erscheinungen und leichter Albuminurie war nichts Besonderes zu finden; erst am fünften Tage trat Icterus, sowie Uebelkeit, Schwindelgefühl auf — die Temperatur war gegen die vorangegangenen Tage (38—39°) etwas heruntergegangen, ebenso die Pulsfrequenz (von 128—108 und 112). Die Leber überragte 2 Querfinger den unteren Rippenrand und war druckempfindlich. Wiederholt starkes Nasenbluten; schlechtes Allgemeinbefinden, mässiges Fieber, Zunahme des Icterus, so dass die Haut schliesslich „zeisiggrün" aussah — dabei Milzvergrösserung mit Druckempfindlichkeit und Zunahme der Leberdruckempfindlichkeit. Nach weiteren fünf Tagen allmälige Besserung — Puls 80—88 — Schlingbeschwerden, spontane Leib-, sowie die vorhanden gewesenen Gelenk- und Muskelschmerzen hörten auf — Schlaf ruhiger, Appetit besser — Icterus und Druckempfindlichkeit des Leibes jedoch im Gleichen; es erfolgte noch

einmal eine Exacerbation (bis 40°), die mehrere Tage anhielt und dann erholte sich Pat. langsam, blieb jedoch noch matt und anämisch. Verf. hält den infectiösen Icterus für eine Krankheit sui generis, weil er die Beständigkeit der klinischen Symptome nicht vermisst (Fieber, Icterus, nervöse Erscheinungen, Leberanschwellung, die cerebralen und gastrischen Symptome, Albuminurie, Muskelschmerzen, sowie die nachfolgende Anämie und protrahirte Reconvalescenz). Beachtenswerth ist die Pulsfrequenz, die bei Eintritt des Icterus stark abzunehmen pflegt. Das starke Nasenbluten ist auf eine Veränderung der Blutmischung zurückzuführen, daher auch die spätere Anämie. Das von anderen Beobachtern beschriebene Exanthem fehlte in diesem Falle. Hinsichtlich der Differentialdiagnose kommt so schweres Allgemeinleiden bei Typhus am ersten Tage nicht vor. Nach den Angaben des Pat. scheint häufig der Genuss von verunreinigtem Wasser oder Cloakenjauche Anlass zur Erkrankung zu geben. Ein Mikroorganismus ist nicht gefunden. Gegen die Annahme, dass es sich um einen mit Icterus complicirten Typhus handelt, spricht die constant vorkommende Leberschwellung; Einige halten die Krankheit für Typhus hépatique oder biliöses Typhoid, Andere für eine einheimische Form des Gelbfiebers (nach Analogie von Cholera nostras und asiatica). Verf. hält die Krankheit ebenfalls für eine leichte Form des in Egypten endemischen biliösen Typhoid (zu trennen von Febris recurrens biliosa, bei der sich Spirochäten finden).

Sehr interessant ist die überaus schöne Arbeit *H. Jäger's* (Stuttgart). Dieser beobachtete in Ulm 10 Fälle *Weil*'scher Krankheit mit drei Todesfällen, welch letztere sich meist mit collapsartiger Verschlechterung ankündigten. Die Section ergab starke Verfettung in Leber und Nieren, Hämorrhagien in den verschiedensten Organen, Milzschwellung, im Darme starke Gefässinjection und Schleimhauterosionen. *Jäger* machte gründliche bacteriologische Untersuchungen, culturelle Verfahren, Thierversuche, sowie Blut- und Harnuntersuchungen. Er fand als Erreger der *Weil*'schen Krankheit einen Mikroorganismus, der den Proteusarten angehört. Diese Mikroben stehen bekanntlich mit allen Fäulnissvorgängen im engsten Zusammenhang. Deshalb kommen auch die meisten Erkrankungen im Hochsommer vor, bei Metzgern, Canalarbeitern, sowie nach dem Baden in verunreinigtem Flusswasser. 7 der *Jäger*'schen Fälle betrafen Badende in der Donau, dort, wo die Ulm und dessen Stadtgraben durchfliessende „Blau" einmündet und die Donau, die oberhalb Ulm sehr wenig Keime enthält, erheblich verunreinigt gefunden wird. Da in Ulm selbst keine Erkrankungen vorkommen, so musste die Verunreinigung der Blau von anderwärts stammen. Oberhalb Ulms, in einem Dorfe Söflingen, das von mehreren Armen der Blau durchflossen wird, tritt alljährlich im Frühjahr und Sommer eine Geflügelseuche auf und die Cadaver werden meist in die Blau geworfen. Die Seuche zeigte ganz ähnliche Symptome, der mikroskopische Befund ebenfalls die starke Verfettung in Nieren und Leber und bacteriologisch liess sich derselbe Mikroorganismus in den Organen nachweisen, so dass sich die Zoonose als eine der *Weil*'schen Krankheit der Menschen völlig analoge Krankheit charakterisirte. Auch bei den Bewohnern des Dorfes waren Krankheitserscheinungen vereinzelt aufgetaucht,



und alle betrafen Häuser, die an der Blau gelegen waren. Deshalb wurde die Erforschung des Wassers nöthig und auch die Thierversuche gaben positive Resultate. Dass in dem kurzen, 3 Km. langen Laufe der Blau diese Mikroben, die zum Theil an festen Gegenständen, Cadavern, Futter- und Stallresten, haften, nicht durch „Selbstreinigung" unschädlich gemacht werden, ja dass auch die Donau noch eine ganze Strecke jene Bacillen mit sich führen kann, beweisen eben *Jäger's* Untersuchungen! Und merkwürdigerweise, gerade noch innerhalb des inficirten Raumes ist die Militärschwimmschule situirt! Die Frage: Wie gelangt die Krankheit an das Geflügel? löst der Nachweis, dass in Ulm ein umfangreicher Import italienischen Geflügels stattfindet, von dem *Jäger* vermuthet, dass es die vielleicht unter südlichem Himmel pathogen gewordene Proteusart importirt. Als Bestätigung dessen stellte sich die Thatsache heraus, dass von den in grossem Massstabe Gärtnerei treibenden Söflingern aus Italien crepirt angelangtes Geflügel angekauft und zum Düngen benützt wird. (*Jäger* schlägt vor, den Mikroorganismus „Bacillus Proteus fluorescens" zu benennen. Ref.)

*Hertzka*-Carlsbad.

269. ***Ueber die Schreibweise Linkshändiger. „Senkschrift" und „Spiegelschrift".*** *Von Prof. O. Leichtenstern, Köln. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 42.)*

Ein nun 8 Jahre alter Knabe wurde im achten Lebensmonate von Krämpfen befallen, mit nachfolgender Lähmung der rechten Körperhälfte und andauernden epileptischen Krämpfen seitdem. Pat. bot bei der Aufnahme das Bild der „Hemiplegia spastica infantilis". Die rechte Hand zeigte Athetose, welche bei intendirten Bewegungen sich verstärkt. Auffallend war die dem Pat. eigenthümliche Schreibrichtung. Da er wegen seiner rechtsseitigen Lähmung Linkshänder geworden, dreht er die Schiefertafel um 40°, so dass er die Längsseite derselben von oben nach unten verläuft, und schreibt nun mit seiner linken Hand, in der rechten oberen Ecke der Tafel beginnend, in senkrechter Richtung von oben nach unten. Verf. nennt diese: „Senkschrift", da der Ausdruck Verticalschrift für die Steilheit der Schriftzüge bereits existirt. Dagegen liest Pat. stets bei normaler Buchhaltung, er kann nicht von oben nach unten lesen. Auch das Selbstgeschriebene liest er nur von links nach rechts, weshalb er die Tafel sofort in die normale Richtung dreht. Der Knabe hatte ganz von selbst herausgefunden, dass ihm das Schreiben mit Senkschrift schneller und besser von der Hand ging als in der gewöhnlichen Richtung. Nach Verf.'s Erklärung besitzt unsere psychophysische Organisation ein Widerstreben, mit der linken Hand in der Horizontalen adductiv (zum Körper hin) zu schreiben. Dass auch die rechte Hand gegen das adductive Schreiben ein Widerstreben hat, folgert Verf. daraus, dass die Lithographen ihre Spiegelschrift nicht horizontal, sondern in Senkschrift ausführen. Dieselbe Schreibrichtung fand Verf. bei einem Kalligraphen, dem vor Kurzem der rechte Oberarm amputirt war und das Schreiben mit der linken Hand erlernte. Seine Schreiblinie bildete mit der senkrechten einen Winkel von 35°, mit der Horizontalen einen solchen von 55°. Eine Umfrage in den Schulen Kölns ergab das Vorhandensein von 8 linkshändigen Kindern. Von



diesen schrieben vier in der gewöhnlichen horizontalen Richtung durchwegs sehr mühsam, vier Kinder schreiben in der verticalen Richtung von oben nach unten! Man sieht mitunter, dass rechtsseitig Gelähmte oder Gesunde, wenn sie mit der linken Hand zu schreiben aufgefordert werden, sofort instinctiv in Spiegelschrift verfallen. Auch dies erklärt sich aus dem Widerstreben der linken Hand, von links nach rechts (adductiv) zu schreiben. — Man soll also Linkshändern durch Anleitung zur „Senkschrift" eine bedeutende Erleichterung gewähren! (Dass die rechte Hand gegen das adductive Schreiben ein Widerstreben hat, möchte Ref. nicht zugeben; wir sind nur ungeübt, erlernen es aber ebenso rasch, als das abductive Schreiben — die besten Beispiele geben die orientalischen Schriften: die assyrischen, arabischen und hebräischen — und viele unserer jüdischen Collegen schreiben mindestens — die meisten sogar entschieden rascher — die jüdische Schrift ebenso geläufig (rasch) als die ihrer Muttersprachen. — Ref.) *Hertzka*-Carlsbad.

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

270. ***Ueber Tolysal.*** *Von Dr. A. Hennig, Königsberg i. P. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Tolysal ist das salicylsaure Salz des p-Tolyldimethylpyrazolons, welch letztere Base von *Rydel* Tolypyrin genannt wurde. Das Mittel besteht aus in's Mattrosa spielenden Krystallen von bitterem Geschmacke, die sich nur wenig in Wasser, leicht in Alkohol und Essigäther lösen, deren Schmelzpunkt bei 101—102° liegt. Die Ergebnisse seiner therapeutischen Versuche mit diesem Mittel fasst Verf. in folgenden Sätzen zusammen: Das Tolysal Rydel ist in Dosen von 3·0—6·0 in ½- bis einstündlichen Zwischenräumen nach der Formel 2·0 + 1·0 + 1·0 etc. gereicht, ein ausserordentlich zuverlässiges Mittel beim acuten Gelenksrheumatismus. Das Mittel, in gleicher Weise mehrere Tage hintereinander gegeben, beeinflusst selbst sehr veraltete Muskel- und Gelenksrheumatismen recht günstig. Zur Erzielung eines anhaltenden Erfolges müssen auch nach Besserung des Leidens noch kleinere Dosen bis 3·0 pro die über längere Zeit gebraucht werden. Das Tolysal ist in Dosen von 1·0—3·0 ein kräftig wirkendes Anodynum; rheumatische Neuralgien werden bisweilen schon durch Gaben von 1·0—2·0 dauernd beseitigt. Das Tolysal ist ein wirksames Antifebrile; es setzt in einer Gesammtmenge von 4·0—8·0 in Dosen von 2·0 + 1·0 + 1·0 etc. in kurzen ½- bis einstündlichen Intervallen sowohl bei remittirenden als auch bei continuirlichen Fiebern die Temperatur energisch herab; der Temperaturabfall geht bisweilen sogleich zur Norm über, und die Apyrexie bleibt definitiv. Mit der Entfieberung ist meist auch eine Abnahme der Puls- wie Athmungsfrequenz verbunden. Der Temperaturabfall tritt häufiger schon in einer Stunde ein und hält sich desto länger, je langsamer und je tiefer der Abfall ist. Normale Temperaturen werden selbst durch grössere Gaben (4·0—6·0) nur unwesentlich um 0·1—0·6 beeinflusst, resp. erniedrigt;



subnormale Temperaturen sind in derartigen Fällen niemals beobachtet worden. Das neue Präparat ist als Antirheumaticum auch in solchen Fällen von Nutzen, wo andere Medicamente, wie salicylsaures Natron, Antipyrin, Phenacetin, Salol ohne jeden Erfolg gereicht werden. Tolysal hat weder cumulirende Wirkung, noch tritt Gewöhnung ein. Das Mittel ist am wirksamsten in den Nachmittagsstunden; verzettelte Dosen haben nicht denselben Erfolg wie grössere in kurzen Zwischenräumen gereichte Quantitäten. Der neue Arzneikörper wirkt sowohl bei febrilen als auch bei afebrilen Krankheiten günstig auf den Schlaf ein. Tolysal macht keine unangenehmen Nebenwirkungen wie Ohrensausen, Eingenommenheit des Kopfes, Magendruck, Uebelkeit, Brechneigung, Erbrechen, Frösteln beim Wiederansteigen der Temperatur, Cyanose, Dyspnoe, lästige und langanhaltende Schweisse, Schwerhörigkeit, Zittern der Extremitäten, Diarrhoen, Exantheme, Collaps, Geistesstörungen — im Gegensatze zum Chinin, dem salicylsauren Natron, der Salicylsäure, dem Kairin, Antipyrin, Antifebrin, schwefelsauren Thallin, Phenacetin, Agathin etc. Tolysal hat antifermentative Wirkungen. Tolysal besitzt antiseptische Eigenschaften. Wegen seines niedrigen Preises soll das Mittel auch für die Armenpraxis verwendbar sein.

*—r.*

271. ***Reichliche Ernährung bei Abdominaltyphus.*** *Aus der Klinik des Prof. Tschudnowsky, St. Petersburg. Von Dr.* ***C. Puritz****, Ordinator der Klinik. (Virchow's Arch. 1893. Bd. CXXXI. Heft 2.)*

Aus dieser für den praktischen Arzt bedeutsamen Arbeit, welche aus der Klinik des Prof. *Tschudnowsky* in St. Petersburg hervorgegangen ist und durch die exacten Stoffwechseluntersuchungen besonderen Werth erhält, entnehmen wir die Schlussfolgerungen, zu denen Verf. gelangt: 1. Abdominaltyphuskranke können bei reichlicher Flüssigkeitszufuhr sowohl in der Fieberperiode, als auch in den ersten Tagen der fieberlosen Periode, d. h. nach Eintritt der normalen Temperatur, bedeutende Eiweissmengen verdauen. 2. Die Eiweissverdauung bei reichlicher Ernährung ist in der Fieberperiode ein wenig schlechter als bei ungenügender Ernährung; die verschiedenen Perioden der Krankheit wirken dabei fast gar nicht auf den Procentsatz der Assimilation ein. 3. Bei reichlicher Ernährung Abdominaltyphuskranker mit eiweissreicher Kost steigt die Harnstoffmenge des Harnes. 4. Die Grösse des Stickstoffumsatzes sinkt bei reichlicher Ernährung Abdominaltyphuskranker trotz Steigerung der Intensität des Stoffwechsels. 5. Die täglichen Stickstoff- und Gewichtsverluste werden bei reichlicher Ernährung Abdominaltyphuskranker ein wenig kleiner. 6. Bei reichlicher Ernährung Abdominaltyphuskranker und bei entsprechender Wasserzufuhr steigt die Harnmenge; dabei hat eine solche Ernährung keinen Einfluss auf das Erscheinen von Eiweiss im Harne. 7. Reichliche Ernährung Abdominaltyphuskranker ruft keine Temperatursteigerung hervor. 8. Bei reichlicher Ernährung Abdominaltyphuskranker wird keine Störung der Magendarmfunction beobachtet, die Diarrhoen nehmen ab, ja es tritt eine gewisse Neigung zur Obstipation ein. 9. Bei reichlicher Ernährung werden weder Complicationen, noch Recidive, noch Verlängerung in der Dauer des Fiebers beobachtet. 10. Bei reichlicher Ernährung



verbessert sich das Selbstgefühl und die Function der Organe. 11. Die Genesung nach Abdominaltyphus tritt bei reichlicher Ernährung rascher und besser als bei der üblichen ein. Verf. sah, dass der Verlauf des Typhus und der Zustand der Kranken bei der von ihm geübten reichlichen Ernährung so bedeutend besser ist, so dass er meint, diese Verbesserung sei nicht ausschliesslich der Verringerung der täglichen Stickstoff- und Gewichtsverluste zuzuschreiben. Es werden vielleicht, so ist Verf. der Ansicht, durch die reichlichere Ernährung noch irgend andere Processe hervorgerufen, die den Verlauf der Krankheit begünstigen, oder die solche Erscheinungen beseitigen (wie z. B. das Hungern der Gewebe), welche ihrerseits den Krankheitsverlauf verschlechtern.

Prof. *Kisch.*

272. ***Eigenthümliche vasomotorische Störungen nach Anwendung von Phenacetin.*** *Von Dr.* ***W. K. Tingley-Norwich.*** *Med. Record. 1892. 42. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 16.)*

Frau E. ist eine vollkommen gesunde, jung verheiratete Frau, die bei Migräne Phenacetin ohne jegliche Störungen oder Symptome nehmen kann; nur wenn sie sofort oder nach Verlauf einiger Stunden Champagner trinkt, so wird das Gesicht geröthet, die Augen zeigen sich suffundirt, die Conjunctivalgefässe erweitert und von hellrother Farbe. Zuerst ist das Gesicht gleichmässig geröthet; aber nach einiger Zeit erscheinen weisse Flecken, so dass weisse und rothe Stellen unregelmässig über Gesicht, Hals und Brust zerstreut sind. Der Kopf ist voll und die Temporalgefässe pulsiren deutlich, die Stirnvenen sind beträchtlich erweitert. Manchmal ist Vertigo vorhanden, manchmal nicht. Eine andere Pat. zeigt unter den gleichen Bedingungen dieselben Symptome mit Ausnahme der Röthung der Conjunctiva. Der dritte Fall betrifft einen jungen Mann, der sonst kräftig und gesund ist. Wenn er Champagner nach genommenem Phenacetin trinkt, so zeigen sich dieselben Symptome wie im ersten Falle. Das Auffällige an den Beispielen ist, dass nur Champagner und andere moussirende Weine die Symptome verursachen. Alle drei Pat. können Phenacetin allein nehmen oder combinirt mit Cognac, Branntwein oder Claret, ohne dass sie ein Unbehagen davon haben.

273. ***Studien über chronische Intoxication mit Alkohol.*** *Von* ***Combemale.*** *(Bull. génér. de thérap. 1892. 8. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 8.)*

Dem Verf. ist es gelungen, bei einer Reihe von Hunden chronische Alkoholvergiftung herbeizuführen, indem er ihnen 10 Monate hindurch regelmässig wechselnde Mengen von 6- bis 10proc. Alkohol durch die Schlundsonde einflösste. Das psychische Verhalten zeigt bei Hunden, die pro Tag und Kilogramm 5 bis 6 Grm. (reinen) Alkohol erhalten haben, erst im 3.—4. Monat Veränderungen: Hinterlistigkeit, Furchtsamkeit, grosse Schreckhaftigkeit; anscheinend sind auch Hallucinationen häufig. Im 5. bis 6. Monat haben diese Erscheinungen zugenommen; die Thiere fressen Stroh, Leder etc.; zugleich treten Paresen und atactische Erscheinungen auf. Die letzteren steigern sich späterhin; epileptiforme Anfälle kommen hinzu, denen die Thiere meist erliegen. Das Körpergewicht pflegt sich anfangs zu erhöhen, um dann wieder



abzunehmen; ein Gleiches gilt vom Hämoglobingehalt des Blutes. Die Körpertemperatur ist in der ersten Zeit der Vergiftung normal, später nimmt sie bisweilen den Typus invers. an; vom 9. Monat an treten irreguläre Erhöhungen bis auf 2° über die Normaltemperatur ein. Die Herzthätigkeit ist in den ersten zwei Monaten verlangsamt, später unter gleichzeitiger Verstärkung des Herzstosses etwas, dann sehr stark beschleunigt. Das letztere gilt für die späteren Monate auch von der Respiration. Der Appetit ist sehr lange Zeit normal und erst in der letzten Zeit vermindert; oft tritt Diarrhoe, Ascites, Icterus und deutlich Lebervergrösserung ein. Die Geschlechtsthätigkeit liegt bei beiden Geschlechtern sehr darnieder; bei den Hündinnen erscheint die Brunst sehr viel später als gewöhnlich, bei den männlichen Thieren tritt Geschlechtstrieb nur dann ein, wenn die Alkoholzufuhr eine Zeit lang unterbrochen wird. Bei einem jungen Hunde zeigte sich während einer solchen Pause ein wahrer Furor sexualis, ja sogar perverser Sexualtrieb. Die alkoholischen Thiere waren fast stets unfruchtbar; die vereinzelt — jedoch nur nach einer längeren Alkoholisirungspause — gezeugte Nachkommenschaft war hochgradig atrophisch. Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass bei einem Hunde, welcher aussergewöhnlich reiche Nahrung zu sich nahm, alle Vergiftungserscheinungen viel später, bei 2 säugenden Hündinnen dagegen viel früher als bei den übrigen Thieren, sich zeigten; er sieht hierin einen Beweis dafür, dass der Ernährungszustand auf die Schädlichkeit des Alkohols — entsprechend dem Volksglauben — von Einfluss ist.

274. ***Zur Therapie der Beschwerden der Frauen im Climacterium.*** *Von Prof. Dr. E. Heinrich Kisch, Prag-Marienbad. (Therap. Monatsh. 1893. Februar.)*

Ausgehend von der Anschauung, dass die zahlreichen Beschwerden der Frauen in jener Lebensperiode, da die Sexualthätigkeit erlischt, sich vorzüglich auf zwei Momente zurückführen lassen: Circulationsstörungen des Blutumlaufes mit dem Charakter der Blutstauung und Blutwallung, dann Veränderungen im Nervensysteme mit den Erscheinungen der Irritation und Hyperästhesie, betont Verf. die hohe präventive und therapeutische Bedeutung der Purgantien im Climacterium. Durch die lebhafte Darmsecretion werde ein Theil des zu reichlich angesammelten Blutes verwerthet und durch die stattgehabte Transsudation und Verminderung des Seitendruckes die Circulation in den Abdominalgefässen erleichtert. Es wird hierdurch eine Reihe von, aus der chronischen Blutstase hervorgegangenen Hyperämien: der Magen- und Darmschleimhaut, Leberhyperämie, Lungenhyperämie, sowie Hyperämie in den Meningen u. s. w., bekämpft. Ausserdem erfordern die im climacterischen Alter häufig vorkommenden Sexualerkrankungen, vor Allem die Menorrhagien und atypischen Blutungen, dann die chronischen entzündlichen Zustände der Beckenorgane die Anwendung von Purgantien, welche durch ihre revulsivische Wirkung einen günstigen Einfluss auf den erkrankten Uterus und seine Adnexe üben. Endlich macht die so häufige Begleiterscheinung der Wechselzeit, die chronische Obstipation und der chronische Meteorismus, den Gebrauch von Abführmitteln nothwendig. Als



wichtige Regel hebt Verf. hervor, dass zur systematischen Anregung der Darmthätigkeit nicht drastische Purgantien anzuwenden sind, sondern nur solche Mittel, welche einen länger anhaltenden, wenn auch erst allmälig sich bekundenden günstigen Einfluss auf die Defäcation üben. Man wird Tamarinden, Pulpa Prunorum, Manna, Rheum und die Mittelsalze wählen, hingegen Aloe, Coloquinthen, Senna, Jalape und andere drastische Mittel ganz meiden oder nur zur einmaligen Anwendung benutzen, wenn bei hartnäckiger Obstipation mildere Mittel im Stiche lassen. Auch Klysmen und Darmirrigationen mit Wasser von 18—20° R. sind zur Unterstützung der genannten Mittel empfehlenswerth, ebenso feuchte Einwicklungen des Unterleibes. Sehr zweckentsprechend, schon deshalb, weil mit dem pharmacodynamischen zugleich das diätetische und hygienische Wirken am geeignetsten hierbei verbunden wird, sind Brunnencuren mit Glaubersalzwässern und Kochsalzwässern. Die kalten Glaubersalzwässer von Marienbad in Böhmen, Tarasp in der Schweiz verdienen den Vorzug bei climacterischen Frauen, welche Neigung zu Fettbildung zeigen, dann bei Vorwiegen der Erscheinungen von Gehirnhyperämie bei vorhandenen Neuralgien, sowie bei tachycardischen Anfällen. Die Thermalquellen von Carlsbad sind hingegen im Climax dann besonders indicirt, wenn die Erscheinungen gestörter Gallenbereitung in den Vordergrund treten und, was gleich häufig ist, sich übermässige Harnsäurebildung bekundet. Weniger energisch als die genannten Glaubersalzwässer, aber auch sehr wohlthätig, wirken die kalten Kochsalzwässer von Kissingen und Homburg. Die Bitterwässer von Ofen, Friedrichshall, Püllna und Saidschütz passen zum häuslichen Gebrauche und wo es sich darum handelt, bei heftigen Congestionserscheinungen gegen das Gehirn eine kräftige, prompte Ableitung auf den Darmcanal herbeizuführen. Lauwarme Bäder von 24—25° R. empfiehlt Verf. als wichtiges hygienisches und therapeutisches Mittel bei den Beschwerden der Menopause, um die Hautfunction zu bethätigen, die bestehende Neigung zur Entwicklung von Acne, Eczem und Pruritus cutaneus zu mindern. Anderseits üben solche Bäder eine beruhigende Wirkung auf das Nervensystem, auf die so häufigen cutanen Hyperästhesien, wie reflectorisch auf die visceralen Neuralgien und psychischen Hyperästhesien. Zu diesem Zwecke eignen sich auch Badecuren mit den Gebirgsakratothermen von Gastein, Johannisbad, Landeck, Schlangenbad, Wildbad. Hingegen hält Verf. im climacterischen Alter der Frauen die kohlensäurereichen Säuerlingsbäder, Stahlbäder und Soolbäder für contraindicirt, ebenso kalte Seebäder und eingreifende hydriatische Proceduren.

Besondere Beachtung widmet Verf. den climacterischen Gebärmutterblutungen. Ist die Blutung nicht sehr heftig, so genügt zumeist ruhige Lage, locale Anwendung von Kälte. Wenn dies nicht hinreicht, um die Blutung zu stillen, so mache man Injectionen von kaltem Wasser mit Zusatz von Liquor ferri sesquichlorat., und wenn trotzdem die Blutung noch anhält, so soll man zur Tamponade der Scheide mit Streifen von Jodoformgaze schreiten. Als innerliches Mittel gibt Verf. bei diesen Blutungen jetzt mit Vorliebe die Tinctura haemostyptica Denzel, welche in 1 Grm.



Tinctur 0·1 Grm. Secale enthält, 20 Tropfen mehrere Male des Tages. Dabei muss die Patientin sich vollkommen ruhig verhalten und die Rückenlage einnehmen, ferner für regelmässige Defäcation sorgen und weder stimulirende, noch übermässige Mengen von Speisen und Getränken geniessen. Gegen die belästigende Beschwerde des Pruritus vulvae et vaginae hat Verf. folgendes Verfahren am wirksamsten gefunden: Er lässt die Frauen täglich vor dem Schlafengehen ein lauwarmes Bad (25° R.) mit Zusatz von 1 Kgrm. Weizenkleie nehmen, diese Kleie wird in ein Leinwandsäckchen gegeben, in das Bad getaucht und bleibt daselbst während der Dauer des Bades (20 Minuten); nach dem Bade wird die Vulva und Umgebung tüchtig mit folgendem Pulver eingepudert:

Rp. *Acid. salicyl.* *1·0,*
*Amyl. oryz.,*
*Talc. venet. pulv. aa.* *50·0,*
M. f. p. D. S. Aeusserlich.

Dieses Pulver wird auch mehrere Male des Tages reichlich aufgestreut. Verf. hebt hervor, er habe es bestätigt gefunden, dass dieser Pruritus zuweilen das erste Symptom eines sich entwickelnden Carcinoms der Portio bildet und darum sei jedesmal, wenn climacterische Frauen über solche Hyperästhesie der Empfindungsnerven der Scheide und äusseren Scham klagen, eine genaue Untersuchung des Genitale auf Carcinom geboten.

Zum Schlusse erörtert Verf. die strenge Regelung der Diät im Climacterium, wobei den beiden Typen von Frauen dieser Periode Rechnung getragen wird, dem einen, welcher Frauen von sanguinischem Temperamente mit runden vollen Formen dargestellt, dem anderen, welcher Frauen mit sehr nervöser Veranlagung, reizbarer Natur, schlankem Körperbaue umfasst. Unter die irritirenden Einflüsse in dieser Lebensperiode wird auch die häufige Ausübung des Coitus eingereiht, ebenso vor allen Schädlichkeiten gewarnt, welche den Menstrualblutfluss plötzlich zu unterdrücken im Stande sind, wie Durchnässungen des Körpers, namentlich der Füsse, kalte Waschungen des Genitale u. s. w., schliesslich wird auch die psychische Behandlung als wichtig zu einer Zeit hervorgehoben, in welcher die Frauen leicht durch das Bewusstsein, die Attribute der Weiblichkeit zu verlieren, umdüstert werden. *O. R.*

275. ***Ueber die Vergleichung einiger Antipyretica untereinander und die Theorie des Fiebers.*** *Von Dr. L. Reich, klin. Assistent. Sitzung d. königl. Gesellsch. d. Aerzte in Budapest am 11. Februar 1893. (Prager med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Verf. hat das von *Radlauer* dargestellte Antinervin, welches ein Gemenge von Antifebrin, Acid. salicylicum und Ammonium bromatum ist, zum Gegenstande seiner experimentellen Untersuchungen gemacht. Das Antinervin setzt das Fieber etwas rascher herab als das Antipyrin und Natrium salicylicum, wirkt aber doch nicht so rasch wie Antifebrin. In Dosen bis zu einem halben Gramm setzt es die Körpertemperatur nicht bis zu einem solchen Grade herab, wie das Antipyrin und Natr. salicyl., aber in Dosen



über ein halbes Gramm reducirt es dieselbe noch intensiver, ohne aber das Minimum der Antifebrinwirkung zu erreichen. Die durch Antinervin erzielte Apyrexie dauert beinahe 2mal so lange, wie die durch Antipyrin hervorgerufene, und erreicht beinahe die Dauer des Natrium salicyl., ist jedoch von 1½mal kürzerer Dauer als bei Anwendung von Antifebrin. Das Chininum sulfuricum hält den fieberfreien Zustand länger aufrecht als Antipyrin, Natrium salicylicum und Antinervin. In Zahlen ausgedrückt dauert er 5mal länger als bei Antipyrin, 1½mal länger als bei Natrium salicylicum und 3mal länger als nach Gebrauch von Antinervin, erreicht beinahe das Antifebrin, ja übertrifft es sogar in grösseren Dosen. In Betreff der Raschheit der Wirkung und Erreichung des Temperaturminimums übertrifft es sämmtliche Antipyretica. Ueber die antipyretische Wirkung des Kalium bromatum hat Verf. zuerst experimentelle Untersuchungen angestellt und gelangt zu dem Schlusse, dass die Brompräparate obzwar langsam wirkend und keine wesentlichen Temperaturminima hervorrufend, dennoch entschieden als Antipyretica anzusehen sind. Die Wirkung der Carbolsäure erklärt Verf. aus seinem deprimirenden Einfluss auf das Nervensystem. Bezüglich der Theorie des Fiebers gibt Verf. der Meinung Ausdruck, dass jedes Fieber — sei es durch Bacterien und deren Producte oder durch andere chemische Processe verursacht — nervösen Ursprunges ist und in einer Erregung des Nervensystems seine Erklärung findet. Nach Verf. wirken die Antipyretica nicht auf die Bacterien und deren Producte, sondern direct auf das Nervensystem und sind daher entschieden als Cerebrospinalia seditiva anzusehen. Den fieberherabsetzenden Einfluss des Bromkaliums und kalten Bades erklärt Verf. — einzelne Nebenumstände abgerechnet — direct aus deren deprimirender Wirkung auf das Centralnervensystem. Verf. beschliesst seine Ausführungen mit dem Satze: „Es gibt nur einerlei Fieber und dieses können wir nur als einen Erregungszustand des Nervensystems ansehen."

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

276. ***Colica processus vermiformis (Breuer).*** *Von Dr.* ***A. F. v. Hochstetter.*** *Beiträge zur Chirurgie: Festschrift, gewidmet Th. Billroth. Stuttgart, Enke, 1892. (Centralbl. f. Chir. 1893. 5.)*

In dem der Mittheilung vorausgeschickten Vorwort *R. Gersuny's* wird als Colica processus vermiformis eine der Perityphlitis zwar sehr nahe stehende, indess ein abortives Vorstadium dieser Krankheit darstellende Affection bezeichnet, welche nach der Schilderung ihres ersten Beobachters Dr. *J. Breuer* in Wien in einer Inhaltsretention des chronisch entzündeten und in Folge dessen auch wohl öfters palpablen Processus und der Kolik desselben zu bestehen scheint und zu einer Perityphlitis nicht zu führen braucht. In dem vom Verf. mitgetheilten Falle *Gersuny's* bestand das Leiden bei der 49 Jahre alten Pat. seit 9 Jahren, seit welcher Zeit immer wieder kolikartige Schmerzen, besonders in der rechten Unterbauchgegend. von mehr oder minder langer Dauer unter Erscheinungen von Meteorismus und Obstipation aufgetreten waren.



Der letzte Anfall im Jahre 1889 veranlasste *Gersuny*, die Laparotomie vorzunehmen, da die Schmerzen sehr heftiger Art waren und seit Monaten andauerten; Fieber bestand nicht. Der Processus vermiformis präsentirte sich bei der Operation als ein spulrunder, sehr harter, wie solider Körper von 5 Cm. Länge und 0 6 Cm. Dicke, mit der Umgebung nicht verwachsen. Resection desselben und Naht des Stumpfes. Reactionslose Heilung mit vollständiger und andauernder Beseitigung der Beschwerden. Der exstirpirte Wurmfortsatz zeigte glatte Serosa, facettirt aussehende Mucosa und eine sehr enge Lichtung; die Submucosa war stark verdickt, ebenso die Muscularis, die Follikel hypertrophisch. Es war also ein chronischer Catarrh ohne Verschwärung vorhanden, der wahrscheinlich von einem durch die habituelle Obstipation unterhaltenen leichten Dickdarmcatarrh aus entstanden war und zu Verengerung der Einmündung des Appendix und schmerzhaften peristaltischen Bewegungen geführt hatte, durch welche der Widerstand an der Mündung Dank der Hypertrophie der Musculatur des Processus überwunden und eine Dilatation des letzteren vermieden werden konnte. — Ein 2. Fall, den *Gersuny* in diesem Jahre operirt hat, und der gleichfalls durch Exstirpation des letzteren geheilt worden ist, bot die gleichen Symptome und den gleichen Befund am Wurmfortsatz dar.

277. ***Die chirurgische Bedeutung des Staubes.*** *Von Dr.* ***Hagler.*** *(Bruns, Beitr. zur Chir. Bd. IX. Heft 3. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 8.)*

In einer grösseren Reihe von Versuchen weist Verf. nach, dass in dem Staube, d. h. in dem für die Infection in Betracht kommenden Bestandtheil der Luft, doch eine ganze Reihe von auch pathogenen Bacterien enthalten sind. Dieselben werden zahlreicher, wenn der Staub durch Menschen aufgewirbelt wird, oder wenn trockene Verbände abgenommen werden. Zu bedenken ist auch, dass der Arzt die Keime im Operationsmantel und in seinen Haaren weiter trägt. Weiter hat Verf. nachgewiesen, dass diese pathogenen Bacterien sich in eingetrocknetem Material noch recht lange entwicklungsfähig halten können, die Streptococcen 14—36 Tage, die Staphylococcen 56—100 Tage. Es ist daher gewiss bei der Verbandbehandlung nicht unwichtig, sich nach Kräften vor diesen Staubkeimen zu schützen. Eine eigentliche Luftinfection fürchtet Verf. allerdings nicht, wohl aber hält er es für möglich, dass mit den Tupfern die auf die Wunde gefallenen Keime in die Gewebe hineingepresst werden, und dass so die Luftinfection zur Contactinfection wird. Eine gute Keimfreimachung der Luft ist vor allen Dingen von einer kräftigen Durchfeuchtung zu erwarten, das beweisen eigene und fremde Experimente. Auf diese Weise kommt der Spray wieder zu Ehren, nur muss derselbe vor der Operation in Thätigkeit gewesen sein; auch müssen Boden, Wände und Gegenstände reichlich befeuchtet werden. Weiter muss bei dem Wechsel der Verbände nach Kräften ein Verstäuben der trockenen Verbandstoffe verhindert werden (Aufweichen des Verbandes, Ablegen der Verbandstoffe in geschlossene Gefässe, baldige Verbrennung). Kehrbesen sollen von chirurgischen Abtheilungen verbannt sein. In aller Frühe muss jedes Zimmer feucht gewischt werden.



Parquetböden vertragen das feuchte Wischen sehr gut, wenn sie wöchentlich einmal mit einer Mischung von Terpentinöl und Petroleum (2 : 1) geölt werden.

278. ***Zwei Fälle von verticaler Luxation der Patella.*** *Von Dr. **Anderson**. (Lancet. 1892. 1. Oct. — Centralbl. f. Chir. 1893. 9.)*

Die im St. Thomas-Hospital beobachteten 2 Fälle von verticaler Luxation der Kniescheibe betrafen einen 15jährigen Knaben und ein 23jähriges Dienstmädchen, und beide Male spielte Muskelwirkung für die Entstehung die Hauptrolle. Der Knabe war gestrauchelt und im Bemühen, das Gleichgewicht zu bewahren, gestürzt, ohne mit dem Knie aufzuschlagen; das Mädchen hatte beim Aufrichten aus knieender Stellung mit der lateralen Kante des Knies gegen einen Armstuhl angestossen und sofort Schmerz und Steifheit bekommen. Bei Beiden sah die Knorpelfläche der Patella nach aussen und war der Rectus stark gespannt; das Lig. patellae nur im ersten Falle. In diesem gelang die Reduction unter mässiger Flexion im Knie durch Manipulationen: bei dem Mädchen in Extension bei Beugung im Hüftgelenk, aber — und das ist bemerkenswerth — erst, nachdem die Narcose bis an die äusserste, überall zulässige Grenze getrieben war. Es scheint, dass die starke durch die Rotationsluxation verursachte Spannung des Rectus nur schwer überwunden wird, respective unter Chloroform zuletzt erst erlischt. Ehe man sich also zu anderen schweren Eingriffen (wie sie häufig vorgenommen sind) entschliesst, ist sicherlich dieser Punkt der Beachtung werth.

279. ***Ueber einen Fall von Exstirpation der traumatisch zerrissenen Milz.*** *Von **Riegner**. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 8. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Ein 14jähriger Arbeiter stürzt von einem drei Stockwerke hohen Gerüste und schlägt hierbei mit dem Unterleibe auf ein Brett auf. Patient ist ausserordentlich blass, erbricht bräunliche (anfangs blutige?) Massen. Palpation und Percussion des aufgetriebenen Bauches sehr empfindlich; Retentio urinae; Dämpfung in den abhängigen Partien des Unterleibes, zunehmende Blässe, elender, frequenter Puls (bis 140) sprechen für Ruptur eines der grösseren Unterleibsorgane. Bei der Laparotomie zeigt sich die Milz vollkommen quer durchtrennt. Sie wird entfernt, ihre Gefässe ligirt, zwei subcutane Injectionen von je 300 Grm. 0·6%iger Kochsalzlösung. 12 Tage nach der Operation werden sämmtliche Nähte entfernt. Nicht ganz 4 Wochen nach der Operation muss der linke Oberschenkel wegen Gangrän operirt werden. Jetzt (sieben Monate nach der Operation) ist Patient wohlauf und bietet folgenden interessanten Befund: Einzelne vergrösserte Mesenterialdrüsen palpabel; sämmtliche äussere Lymphdrüsen geschwollen, wie etwa bei Lues. Schilddrüse pflaumengross. An dem amputirten Beine waren die Arterien normal, in der Vena tibialis postica eine thrombotische Füllungsmasse. An dem Knochenmarke fanden sich auffallende, denen bei Leucämie ähnliche Veränderungen (4 Wochen nach der Milzexstirpation) nicht vor. In diesem Falle übernehmen also die Lymphdrüsen die Stellvertretung der Milz! Der Hämoglobingehalt war am ersten Tage nach der Operation 20 *(Fleischl)* und stieg langsam bis 80. Das Verhältniss der weissen zu den rothen



Blutkörperchen war anfangs 1 : 100; die absolute Zahl der rothen nahm rasch bis fast zur Norm zu, die der weissen jedoch nicht ab. Grobe Veränderungen an den rothen Blutkörperchen wurden nicht gefunden.

280. ***Eine neue sicher und rasch zur Heilung führende Behandlungsmethode der eiterigen Mastitis.*** *Von **Samuel L. Weber.** (Amer. Journ. of obstetr. Januar-Heft 1893, pag. 58.)*

Sobald man einen Eiterherd in der Brust nachweisen kann, macht man an der betreffenden Stelle einen tiefen, langen Einschnitt. Um einer Verletzung der Milchgänge möglichst auszuweichen, macht man den Schnitt radiär zur Mamilla und thunlichst ausserhalb der Areola. Dann führt man den Finger in den Eiterherd ein und tastet nach, ob sich in dessen Nachbarschaft noch weitere solche befinden. Ist dies der Fall, so durchstosst man mit dem Finger die morsche Zwischenwand (gesundes Drüsengewebe lässt sich nicht durchstossen) und macht dann von aussen eine hinreichende grosse Gegenöffnung. Alte Eiterherde die da sind, müssen eröffnet werden und, wenn es angeht. in eine gemeinschaftliche grosse Höhle umgewandelt werden. Letztere darf aber nirgends eine Tasche oder einen Recessus bilden. Zuweilen wird es nöthig, 6—7 äussere radiale Schnittöffnungen zu machen. Die Blutung ist dabei keine bedeutende. Wenn nöthig, werden einige Ligaturen angelegt. Jetzt wird die Cürette genommen und die ganze Eiterhöhle überall sorgsam unter gleichzeitiger antiseptischer Irrigation excochleirt. Hierauf wird sterilisirte in 1%ige Carbollösung getauchte Gaze genommen und mit dieser die grosse Eiterhöhle austamponirt. Auf die ganze Mamma kommt eine dicke Lage gleicher Gaze und dann darüber ein Stück Protectiv. Schliesslich wird eine Fixirungsbandage angelegt. Nach 36 Stunden wird Alles entfernt, die Wunde sorgsamst abgespült und ein gleicher Verband, wie das erstemal, angelegt. Der zweite Verband bleibt 24 Stunden liegen. Nach Entfernung des zweiten Verbandes sieht die Wunde rein aus und zeigt gesunde Granulationen. Jetzt wird ein anderer Verband applicirt. Auf die früher vorsichtig abgespülte Wunde kommt eine dünne Lage trockener aseptischer Gaze und darauf ein breiter die ganze Brust bedeckender Schwamm. (Letzterer ist aseptisch gemacht, in eine 1%ige Carbollösung getaucht und dann möglichst kräftig ausgedrückt.) Ueber ihn kommt ein Protectiv, worauf dann — die Mamma muss aber gehörig gehoben werden, um ihre natürliche Stellung zu haben — ein möglichst fest angezogener Compressivverband mittelst Rollbinden angelegt wird. Der Schwamm hat den Zweck eines elastischen Compressoriums. Dieser Verband wird alle 24 Stunden gewechselt. Wenn man die Wunde mit der antiseptischen Flüssigkeit reinigt, so begnügt man sich mit einer leichten, oberflächlichen Irrigation und vermeidet den Wasserstrahl in die Wunden direct hineinzuleiten, um nicht etwa eingetretene Verklebungen aufzureissen. Nach 8 bis spätestens 13 Tagen ist die Wunde verheilt, höchstens dass noch die Vernarbung der Hautwunden aussteht, die man nachträglich noch beschleunigt. Die leitenden Gedanken bei dieser Behandlung sind folgende. Man hat nur eine freiliegende, zugäng-



liche grosse Wunde da, die keine necrotischen Fetzen mehr abzustossen braucht, da diese excochleirt wurden. Die Wunde kann demnach auch keinen Eiter mehr secerniren. Durch den festen Compressivverband, der vom zweiten Verbandwechsel an angelegt wird, werden die Wandungen der Eiterhöhle fest und dauernd aneinandergedrängt, wodurch Verklebung und Verwachsung derselben rasch erfolgt. Unter dieser Behandlung heilt die Mastitis viel rascher als unter der üblichen mittelst eingelegter Jodoformgazestreifen. *Kleinwächter.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

281. ***Ueber Labyrinthschwindel.*** *Mit Demonstration. Von* ***J. Müller.*** *Vortrag im Wiener med. Club. 7. December 1892.*

Nach einleitenden Bemerkungen über verschiedene Formen des Schwindels geht Vortr. an die Demonstration folgenden Falles. Eine Frau, damals 37 Jahre alt, litt an heftigen Schwindelanfällen, welche manchmal 10—20mal täglich auftraten und ihr jede Thätigkeit unmöglich machten. Bei der Untersuchung habe sich als Ursache dieses Zustandes eine Erkrankung des Mittelohres herausgestellt, die man als Cholesteatom des Mittelohres bezeichnet. Bei dem Versuche, die cholesteatomatösen Massen zu entfernen, traten heftige Schwindelanfälle auf, welche die Ansicht, dass das Cholesteatom die Ursache sei, noch mehr bestätigten. Durch die radicale Beseitigung der Erkrankung mittelst Curettement der Paukenhöhle wurden auch die Schwindelanfälle nach 12 Tagen vollständig beseitigt. Es blieb nur eine gewisse Empfindlichkeit an der Stelle des blossliegenden ovalen Fensters zurück und ermöglicht dieselbe, jederzeit bei der Patientin durch Druck mit der Sonde auf die blossliegende Stapesplatte heftigen Schwindel auszulösen. Der auf diese Weise ausgelöste Schwindel kann mittelst Rarefaction der Luft im äusseren Gehörgange sofort und prompt coupirt werden. Vortr. hebt hervor, dass im vorliegenden Falle blos das Mittelohr erkrankt, das Labyrinth aber intact sei. In zwei anderen Fällen, die Vortr. beobachtet hat, seien apoplectiforme Anfälle mit heftigem Schwindel aufgetreten, die ebenfalls eine Mittelohrerkrankung zur Ursache hatten bei Intactheit des nervösen Hörapparates. Die Beseitigung des Mittelohrleidens hatte in beiden Fällen radicale Heilung zur Folge. Im Allgemeinen seien es folgende Mittelohrerkrankungen, bei denen Schwindel entstehen könne: I. Otit. med. supp. chron. und deren Folgezustände: $\alpha$) persistente Perforation, $\beta$) Polypenbildung und $\gamma$) Cholesteatom. II. Die Sclerose. In den meisten Fällen sei das Labyrinth, soweit die Gehörfunction in Betracht gezogen werde, vollständig intact und blos ein Reizzustand vorhanden, der die spontane oder arteficielle Auslösung von Coordinationsstörungen ermögliche. Selbstverständlich kommen dieselben Zustände auch bei Labyrinthaffection zur Beobachtung. Resumirend glaubt also Vortr. hervorheben zu dürfen, dass Schwindel im Labyrinthe ausgelöst werden kann 1. bei erhöhter localer, 2. bei erhöhter allgemeiner Erregbarkeit, ohne dass eine wirkliche Erkrankung des Labyrinthes nachweisbar sein müsse.



282. ***Antipyrin in der Augenheilkunde.*** *Von Dr.* ***Wicherkiewicz,*** *Posen. (La semaine méd. 1892. 51. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 11.)*

Verf. versuchte 1—25%ige Antipyrinlösung in circa 600 Fällen verschiedener Augenkrankheiten, wie Conjunctivitis simpl. und granulosa, Dacryocystitis, Episcleritis und Scleritis, Glaucoma chron. Schon eine 2%ige Lösung ruft, in den Conjunctivalsack instillirt, ein Gefühl des Brennens hervor, welches bei Anwendung concentrirterer Lösungen sich in einen ziemlich lebhaften Schmerz verwandelt. Indessen das Brennen und der Schmerz dauern nur einige Augenblicke und machen bald einem durch die calmirende und decongestionirende Wirkung des Antipyrins bedingten angenehmen Gefühl Platz. Besonders bei der einfachen Conjunctivitis, der acuten und chronischen, speciell bei den Formen, die man so oft in Folge von Influenza auftreten sieht, wurden mit der 3mal täglich wiederholten Instillation einer 3—5%igen Antipyrinlösung vorzügliche Erfolge erzielt. Unter dem Einflusse dieser Behandlung nahm die Secretion sehr schnell ab und die Heilung trat selbst in den Fällen ein, welche allen früher angewandten Mitteln Trotz geboten hatten. — In der Behandlung der acuten granulösen Conjunctivitis kann das Antipyrin das Argent. nitr. nicht ersetzen, dagegen zeigt es sich werthvoll für die Behandlung der chronischen Form, wo es 3mal täglich in 25%iger Lösung instillirt, die Secretion und die Schwellung der Conjunctiva beträchtlich vermindert. — Auch Injectionen einer 25%igen Lösung in den Thränensack, nach Auswaschen desselben mit Borwasser, sind von sehr günstigem Einflusse in den Fällen von Dacryocystitis. Bei der Scleritis und Episcleritis verringert die Antipyrinlösung den Schmerz, setzt die episclerale Schwellung herab und trägt zur Aufhellung der Cornealtrübungen bei. Beim chronischen Glaucom wurde eine beträchtliche Milderung der Schmerzen und eine Verminderung der Härte des Bulbus erzielt durch 2mal täglich wiederholte Einspritzung einiger Tropfen einer 25%igen Lösung in den Thränennasencanal bei stark hintenüber gebeugtem Kopfe. Auf den Verlauf der Conjunctivitis phlyctaenulosa, der scrophulösen Keratitis und Blepharitis endlich zeigte dagegen das Antipyrin keinen Einfluss.

283. ***Beitrag zu den Augenmuskelstörungen nach Influenza.*** *Von* ***W. Albrand.*** *Aus Prof. Schöler's Augenklinik in Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 36. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 9.)*

Die nach Influenza auftretenden Augenmuskelstörungen haben nichts Charakteristisches, sie ähneln insbesondere den postdiphtherischen Erkrankungen. Aus diesem Grunde ist der Angabe einer vorausgegangenen Influenza nur mit grosser Vorsicht Vertrauen zu schenken; so will Verf. unter etwa einem Dutzend Fällen von Accommodationslähmung bei Kindern, die angeblich nach Influenza entstanden war, nur 2 Fälle, und auch diese nur mit grösster Wahrscheinlichkeit als von Influenza abhängig betrachten. Weniger häufig als Accommodationsparesen treten solche der äusseren Augenmuskeln auf; Verf. beschreibt einen neuen derartigen Fall, in dem nur eine rechtsseitige Abducensparese bestand; sie trat etwa 14 Tage nach der Influenza auf und dauerte über 2 Monate. Auch





solche Störungen, die nicht als eigentliche Paresen, sondern nur als von der Influenza zurückgebliebene Muskelschwäche anzusehen sind, finden sich eben so bei anderen allgemeinen Schwächezuständen. Die Prognose der äusseren Augenmuskellähmungen ist im Ganzen günstig. Einen Fall abnormer Accommodationsanspannung sah Verf. bei einem 12jährigen Knaben, der einen Monat früher Influenza durchgemacht hatte; ganz plötzlich verlor Pat. die Fähigkeit, ferne Gegenstände zu erkennen, gleichzeitig bestand Lichtscheu, Brennen und Drücken in den Augen; während einer 4wöchentlichen Atropincur, dem Vermeiden aller Sehversuche, Verabreichung von Chinin und Eisen bildete sich der Zustand zurück. Von anderen Augenerkrankungen nach Influenza kamen zur Beobachtung: catarrhalische Bindehautaffectionen während der Erkrankung, scrophulöse Bindehaut- und Hornhautprocesse im Gefolge derselben, Trigeminusneuralgien, clonische Facialiszuckungen; einmal sah Verf. eine bitemporale Hemianopsie, die nur auf Influenza zurückgeführt werden konnte; auch traten acute Glaucome zur Influenzazeit auffallend häufig auf.

284. ***Zwei Fälle von Augenverletzung.*** *Demonstrirt von Docent Dr.* ***Adolf Szili.*** *Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Budapest vom 18. Februar 1893. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 9.)*

I. Stellt Verf. einen Fall von Scleralruptur vor, bei welchem die Verletzung vor $4^1/_2$ Jahren stattgefunden hat. Das Auge der ältlichen Dame war vordem hochgradig kurzsichtig mit Sclerectasia posterior und flüssigem Glaskörper. Trotzdem heilte dasselbe anstandslos und sieht jetzt, bei völligem Iris- und Linsenmangel, besser in der Entfernung als das andere, ebenfalls bedeutend kurzsichtige Auge. II. Ein zweiter Fall, welchen Verf. vorstellt, betrifft einen 17jährigen Realschüler, der beim Fechten durch die Maschen der Fechtmaske hindurch mit der Spitze einer sehr schmalen Säbelklinge durch das untere Lid des linken Auges verletzt wurde. Es trat sofort völlige Erblindung ein. Das Auge selbst blieb unverletzt und zeigt keine Veränderung, mit Ausnahme der auf directe Lichteinflüsse reactionslosen Pupille und der etwa nach vier Wochen erst eintretenden Papillenblässe. Das Centralgefässsystem ist völlig intact; die Säbelspitze hat demnach den Sehnerv in der Nähe des Foramen opticum noch hinter jener Stelle verletzt, wo die Vasa retinalia in ihn eindringen.

285. ***Directe Fractur der inneren Orbitalwand durch Eindringen eines voluminösen Fremdkörpers.*** *Von* ***De Wecker.*** *(Arch. d'Ophthalm. Bd. XI. Heft 6. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Der Fall ist besonders bemerkenswerth wegen der Grösse des Fremdkörpers und wegen der mit derselben in keinem Verhältnisse stehenden geringen Reaction. Ein Anstreicher erhielt mit einem Malerpinsel einen Schlag gegen die linke Schläfe, er blutete stark aus der Nase und liess sich über der Augenbraue eine 1 Cm. grosse Stirnwunde constatiren, durch welche man nicht auf einen Fremdkörper kam. Nach einer Woche wurde der Mann gesund entlassen. Schon 2 Tage darauf fand der Verf. das linke obere Augenlid unbeweglich herabhängend, durch dasselbe, das etwas vorgewölbt erscheint, ist deutlich ein Fremdkörper zu fühlen;



dabei hat der Kranke keinen Schmerz und die Wunde secernirt kaum redenswerth; die Bindehaut war normal, der Augapfel nach unten gerichtet und nach oben nicht beweglich; im Augenhintergrund Alles normal. Die Incision über der Vorwölbung förderte einen Fremdkörper zu Tage, der erst mit Mühe durch eine *Muzeux*-sche Zange entfernt werden konnte; derselbe — das obere Ende des mit Oelfarbe beschmierten Malerpinsels — war $6^1/_2$ Cm. lang und 1 Cm. dick. Nach 5 Tagen war die Wunde geheilt. das Lid konnte nur unvollständig gehoben werden.

# Dermatologie und Syphilis.

286. ***Beitrag zur Behandlung des chronischen Trippers.*** *Von Dr. **T. Trzcinsky**. (Archiv f. Dermat. u. Syph. 1892. Ergänzungsheft II. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 3.)*

Bei theilweiser Zustimmung zur *Guyon*'schen Auffassung des chronischen Trippers ist es der Compressor urethrae, der in der hinteren Harnröhre die Gonorrhoe chronisch werden lässt, da die gewöhnlichen Injectionen den hinteren Abschnitt der Urethra nicht erreichen. Dabei ist der angenommene Zeitraum von 6 bis 8 Wochen gar nicht nothwendig, um die Gonorrhoe in die hintere Urethra zu versetzen, da sich dies schon in den ersten 8 Tagen ebenfalls ereignen kann. Hat endlich der Tripper das Stadium erreicht, in welchem tagsüber kein Ausfluss zu gewahren ist und nur Morgens ein Tröpfchen zum Vorschein kommt oder wenn die Zweigläserprobe positiv ausfällt, so beginnt gewöhnlich die *Guyon*-sche Instillation von 2—3 Tropfen einer 1—5%igen Lapislösung mit dem bekannten *Guyon*'schen Instrumente, dies ist die geläufige Art der Behandlung. Verf. verwirft diese Behandlung, da er von ihr noch nie eine Heilung gesehen hat, wohl aber heftige Schmerzen und unangenehme Complicationen. Schon diese einseitige Auffassung des Tripperprocesses als hintere Urethritis spricht gegen diese Methode. Ebenso mangelhaft ist die ausschliessliche Sondencur, obschon sie bei weiten Stricturen und mit Infiltraten behafteten Harnröhren Vortreffliches leistet. Nicht minder ungünstig ist Verf.'s Kritik der endoskopischen Behandlung der chronischen Gonorrhoe; ja er hält diese Therapie für schon obsolet und vergessen. Dagegen wird die Irrigation der Harnröhre mit 6—8‰igen Lapislösungen auf's Wärmste empfohlen. Im subacuten Stadium also wird die Urethra täglich 3 Wochen lang mit 8‰igen Lapislösungen berieselt; dann wird die Irrigation seltener gemacht, bis endlich kein Morgentröpfchen mehr und keine dicken Fäden wahrnehmbar sind. Man vermeidet so das Chronischwerden des Trippers und verhütet auch die Complicationen der reizenden Behandlung.

287. ***Ueber Herzkrankheiten bei Gonorrhoe.*** *Von Dr. **Wilh. His**. Aus der med. Klinik von Prof. Curschmann, Leipzig. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 40. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 5.)*

Ein 19jähriger junger Mann hatte eine acute Gonorrhoe überstanden, welche drei Wochen bestand, aber keine Nachkrankheit zurückliess. Nachdem er sich einer starken Erkältung ausgesetzt hatte, erkrankte er mit heftigem Schüttelfroste; aus der





Harnröhre hatte sich neuerdings geringer Ausfluss eingestellt. Einige Tage später zahlreiche röthliche Flecke im Gesicht, an den Armen, Händen, Unterschenkeln und am Rumpf. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus war der ganze Körper, mit Ausnahme der Fusssohlen, der Handteller und der behaarten Kopfhaut, mit stecknadelkopf- bis linsengrossen rothen Flecken bedeckt, von denen einige ein anämisches Mittelfeld von $^1/_2$—1 Mm. Durchmesser und einen hämorrhagischen Hof erkennen liessen. Lungenbefund normal, Herz erheblich verbreitert, lautes blasendes Geräusch an der Herzspitze, an der Pulmonalis und am lautesten über der Aorta. Herzaction regelmässig. Leber etwas vergrössert, desgleichen die Milz. Puls 104, Temperatur 40·5. Geringe Somnolenz. Am dritten Tage trat Schwerhörigkeit auf, ausserdem Polyurie; doch enthält der Urin weder Eiweiss, noch Zucker. Am zehnten Tage blasste das Exanthem ab. Unter zunehmender Somnolenz starb Patient am 25. Krankheitstage. — Sectionsdiagnose: Allgemeine Anämie, multiple Hauthämorrhagien, Lungenödem, Pleuraecchymosen. Ulceröse Endocarditis an den Aortenklappen, puriform erweichter Thrombus in der Herzspitze. Hämorrhagien unter dem Peritoneum, trübe Schwellung der Nieren; in der Milz frische und ältere, zum Theil erweichte Infarcte. Im Plexus pubicus zahlreiche alte Venenthromben. Herz in toto vergrössert. Auf den Semilunarklappen der Aorta Excrescenzen, auf denen Fibrinmassen und frische Coagula fest aufsitzen. In den sämmtlichen Klappentaschen, ferner im ganzen Umfang der Aorta, ist die Intima fleckweise verdickt und gelblich verfärbt. Die Infarcte der Lungen, Nieren, Milz und Leber wurden auf Mikroorganismen sorgfältig untersucht, jedoch ohne Erfolg.

Es lag also hier einer jener Fälle vor, bei denen die Gonorrhoe zu schwerer pyämischer Erkrankung führt. Im Verlaufe eines Trippers von geringer Intensität kam es zur Bildung septischer Thromben in den Venen der Prostata und des Plexus pubicus, von denen die weitere Infection des Körpers ausging. Zunächst localisirte sich der Process auf den Aortenklappen, dann manifestirte sich die ulceröse Endocarditis in Hautembolien, die unter Schüttelfrösten auftraten und von einem rein hyperämischen, septischen Exanthem begleitet wurden. Fälle von Endocarditis ulcerosa nach Gonorrhoe sind keineswegs häufig und Verf. konnte im Archiv des genannten Krankenhauses nur noch einen Fall auffinden, der ebenfalls tödtlich verlief. Die Sectionsdiagnose lautete: In Folge vorausgegangener Tripperinfection und complicirendem Rheumatismus acutus Endocarditis aortica recurrens. Partielles umschriebenes Aneurysma im Anfangstheil der Aorta mit warzigen Auflagerungen. Excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels; um das Dreifache vergrösserte Milz; einige frische Infarcte in derselben; Nephritis parenchymatosa, geringe Verfettung der Leber, Hydropericardium, geringer Hydrothorax. Dieser zweite Fall bietet grosse Aehnlichkeit mit einem von *Leyden* beschriebenen. Die mitgetheilten Fälle beweisen, dass im Gefolge eines Trippers, auch wenn er uncomplicirt verläuft, maligne Endocarditis theils allein, theils in Begleitung eiteriger Herde in anderen Organen auftreten kann. Verf. weist schliesslich noch auf folgenden Punkt hin: Man



hat einen gewissen Werth gelegt auf das Bestehen einer Gelenksschwellung vor oder gleichzeitig mit Beginn der Herzaffection und aus dem häufigen Vorkommen derselben die specifisch-gonorrhoische Natur der Endocarditis absprechen wollen. Seitdem man weiss, dass diese auch ohne rheumatische Symptome sich einstellen kann, kommt den Gelenkaffectionen für die Genese der Herzaffection ebenso wenig mehr eine Bedeutung zu, als wir ihnen bei anderen metastasirenden Infectionen ätiologischen Werth beimessen. Von grösserem Interesse ist es, dass möglicherweise bei bestehendem Klappenfehler das Auftreten eines Trippers eine Verschlimmerung des Herzleidens scheint herbeiführen zu können.

In dem diesbezüglich mitgetheilten Falle war der Ausbruch oder Wiederausbruch eines Trippers die einzige nachweisbare Veranlassung, dass ein bestehender Herzfehler, der bisher fast symptomlos verlaufen war, plötzlich in eine schwere Endo- und Myocarditis überging, die sogar zu einer Hirnembolie führte, allmälig aber sich wieder der Besserung zuneigte.

288. ***Ueber geschmeidiges Thilanin.*** *Von Dr.* ***Edmund Saalfeld,*** *Berlin. (Therap. Monatsh. Januar 1893. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 21.)*

Ein grosser Uebelstand bei der Application des reinen Thilanins liegt in der zähen Consistenz des Präparates. In der Lanolinfabrik von *Benno Jaffé* und *Darmstaedter* ist es nun gelungen, ein Präparat von ausserordentlich geschmeidiger Beschaffenheit herzustellen, dessen Consistenz allen Anforderungen an eine weiche Salbe oder Paste genügt. Das geschmeidige Thilanin hat dasselbe Aussehen, wie das zähe Thilanin, unterscheidet sich jedoch von diesem, wie erwähnt, durch seine weichere Consistenz und ferner dadurch, dass der an Schwefel erinnernde Geruch in geringerem Masse als bei diesem hervortritt. Verf. hat in einer grösseren Reihe von Dermatosen das geschmeidige Thilanin versucht und hierbei gefunden, dass die Anwendung desselben bei denselben Affectionen indicirt erscheint, bei denen das zähe Thilanin sich nützlich erwiesen hat, also vor Allem bei den verschiedenen Formen des Eczems, dass es in Folge seiner weichen Beschaffenheit jedoch einen weiteren Anwendungskreis finden kann, als dieses, so vorzüglich bei Affectionen des behaarten Kopfes, falls hier überhaupt eine Salbe angezeigt erscheint. Den früheren Indicationen kann Verf. noch als neue hinzufügen die Anwendung des geschmeidigen Thilanins bei Ichthyosis, wo dasselbe eine energischere und schnellere Wirkung ausübte, als andere, sonst allgemein gebräuchliche palliative Mittel.

289. ***Ueber die Behandlung des Anthrax mit „Oleum phenolicum".*** *Von Dr.* ***M. Hallopeau.*** *(Soc. méd. de l'Élysée. Journ. des malad. cutanées et syphilitiques. 1893. Januar. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 21.)*

Verf. stellt als hauptsächliche Indication bei der Behandlung des Anthrax den Grundsatz auf, den pathogenen Mikroorganismus, einen Staphylococcus, welcher die Eiterung und die patielle Necrose der Haut und des Unterhautzellgewebes bewirkt, zu zerstören. Die Schwierigkeit liegt darin, ihn wirklich zu treffen, denn die infectiösen Herde sind multipel, anfangs von einander isolirt und

durch eine dicke Eiterschicht und durch necrotische Massen verstopft. Sie gehen sehr in die Tiefe; daraus folgt, dass man a priori alle Behandlungsmethoden als mangelhaft bezeichnen muss, welche nur die Oberfläche der Haut treffen. Man begreift in der That kaum, sagt Verf., wie Applicationen, welche auf die Orificien der Anthraxknoten gemacht werden, auf die in der Tiefe lebenden Mikroben wirken sollen. Das Oleum phenolicum dagegen entspricht durch seine Fähigkeit, in die Tiefe zu dringen, vollkommen dieser Anforderung. Das Oleum phenolicum, zehnprocentig nach einer von *Périer* gegebenen Vorschrift ohne Alkoholzusatz hergestellt, besitzt nicht die irritirende Wirkung der Carbolsäure. Ebenso hat reines Glycerin, wie das Oel, die Fähigkeit, die Reizung der Carbolsäure aufzuheben. Die Oberfläche des Knotens wird mit diesem Carbolöl eingerieben und mit einem Stärkemehlcataplasma, das mit demselben Oel imprägnirt ist, bedeckt. In dem Masse, als die Knoten sich eröffnen, entfernt man den Inhalt, so gut es geht, und giesst das Oel in die kleinen Höhlen. Diese Behandlung wird ein- oder zweimal innerhalb 24 Stunden wiederholt. Der Erfolg ist stets ein eclatanter. Auch die Umgebung des Carbunkel bestreicht man mit derselben Flüssigkeit, bis kleine Pusteln entstehen, die man eröffnet. Man vermeidet so das Auftreten neuer Knoten. Wenn die Induration und die periphere Röthung geschwunden sind, dann hört man mit den Cataplasmen auf und applicirt mit dem Oel getränkte hydrophyle Watte. Die Behandlungsmethode wird zur Zeit vom Verf. bei 3 Carbunkelkranken mit ausserordentlichem Erfolg angewendet. Verf. empfiehlt sie gleichfalls für die Behandlung von Impetigo, Ecthyma und überhaupt bei allen Hauteiterungen.

---

## Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

290. ***Ein neuer Fall von isolirter Lähmung des dritten Trigeminusastes mit Geschmacksstörungen.*** *Von Ziehl. (Virchow's Arch. Bd. CXXX. Heft 3. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 15.)*

Der Verf. wendet sich gegen die noch weit verbreitete Lehre, dass der Glossopharyngeus ausschliesslicher Geschmacksnerv sei und dass eine ursprüngliche Geschmacksfunction nicht nur beim Facialis, sondern auch beim Trigeminus unwahrscheinlich sei. Verf. hat bereits 1889 einen Fall von isolirter Lähmung des ganzen dritten Trigeminusastes beschrieben, bei welchem die Geschmacksempfindung am vorderen Abschnitt der einen Zungenhälfte erloschen war. Seitdem hatte er Gelegenheit, einen ganz gleichen Fall zu beobachten. Ein 50jähriger Bauunternehmer spürte nach einer heftigen Erkältung ein augenscheinliches Ziehen in der rechten Schläfe, welches in unerträgliche Schmerzen überging. Beim Rasiren bemerkte er eine Taubheit am Kinn und beim Essen Taubheitsgefühl an der rechten Zungenhälfte, die Speisen schmeckten dort wie Stroh, auch konnte er mit der rechten Mundseite nicht gut kauen. Die Untersuchung ergab stark herabgesetzte Sensibilität



für alle Gefühlsqualitäten im Bereich des dritten Astes des Trigeminus der rechten Seite (Kinn, Zähne, Schläfe, Zunge), völlige Lähmung der rechtsseitigen Kaumuskeln mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit, erhebliche Atrophie der Temporalis, am vorderen Theil (etwa die Hälfte) der rechten Zungenhälfte ist die Geschmacksempfindung sehr mangelhaft, einige Stellen scheinen überhaupt nicht zu schmecken. Die hintere Partie und die linke Zungenhälfte hat normale Geschmacksempfindung. Im Bereich des ersten und zweiten Trigeminusastes, sowie in den übrigen Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar. Unter elektrischer Behandlung trat allmälig Heilung ein, nur der Temporalis blieb völlig gelähmt und atrophisch.

291. ***Beitrag zur Pathologie der Tropen: Zur Kenntniss der tropischen Malaria.*** *Von Schiffsarzt Dr. Plehn. (Virchow's Arch. Bd. CXXIX. Heft 2.)*

Verf. reiste über Singapore nach Java und nahm Aufenthalt in Indien in den sanitär ungünstigen Monaten März und April. In Java sind etwa 9 Zehntel der vorkommenden Krankheiten auf Malaria zu beziehen — besonders verrufen sind die Mangrovewälder und Reisfelder um Soerabaja. Dort jagte Verf. am 24. März und kam ziemlich unwohl zurück — Temperatur 38·3; nach 4 Stunden waren die Beschwerden jedoch verschwunden; Blutuntersuchung negativ. Am 2. April Ausflug in besonders ungesunde Waldgegenden. Schon unterwegs fühlte er sich unwohl, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Die Blutuntersuchung ergab sofort Malariaparasiten. Nach 2 Dosen von je 1·5 Grm. Chinin waren die Parasiten definitiv geschwunden, ohne dass überhaupt ein Anfall aufgetreten. Aus Verf. Beobachtungen ergibt sich die ätiologische Zusammengehörigkeit der indischen mit den heimischen Malariaformen; irgend welche charakteristischen Unterschiede zwischen beiden konnte Verf. weder in morphologischer, noch tinctorieller Hinsicht wahrnehmen. Die Infection ist jedenfalls am 24. März erfolgt, denn da Verf. regelmässige Blutuntersuchungen vornahm, fand er in den Präparaten vom 2. April — also 9 Tage später — aber bereits vor dem Aufbruche, die ersten Parasiten — dieselben entwickelten sich durch äussere Einflüsse (starke körperliche Anstrengung) begünstigt, in ungewöhnlich schneller Weise. Ohne Chinin wäre voraussichtlich binnen 12 Stunden ein Anfall erfolgt; daraus würde sich eine Incubationszeit von 10 Tagen ergeben, eine Zeit, die sich mit anderweitigen (auch bei der experimentell erzeugten Malaria) Erfahrungen deckt. Die Incubationsdauer schwankt je nach der Disposition oder zeitweisen Immunität des inficirten Individuums in weiten Grenzen, selbst mehrmonatliche Incubation kommt vor. Es beweist dies die Widerstandsfähigkeit der im Körper eingedrungenen Sporen, welche sich so lange im Organismus entwicklungsfähig erhalten, bis die günstigen Bedingungen für das Auswachsen amöboider Formen eintreten. Schwieriger zu verstehen sind die authentischen Angaben über ganz kurze Incubationszeit, 3 Stunden und noch weniger. Nach Verf. handelt es sich bei diesen Fällen nicht um den manifest werdenden Effect der stattgefundenen Infection, sondern um eine primäre Intoxication mit einem von den in den Malarialocalitäten angehäuften



Malariaparasiten ausserhalb des menschlichen Körpers erzeugten Toxin, das durch die Luft, möglicherweise auch durch die Nahrungswege in den Organismus gelangt. Als Beweis dafür sieht Verf. die Beobachtungen, dass bei 4 Fällen acuter, völlig unter dem Bilde des Malariaanfalles verlaufender Erkrankung die Blutuntersuchung negativ war und findet er seine Hypothese bestätigt in den Angaben *Baccelli's* von der Häufigkeit eines negativen Blutbefundes bei erstmalig auftretenden Malariaanfällen, sowie in der von *Celli* vielfach beobachteten Unmöglichkeit, die ersten Malariaanfälle durch Chinin zu verhüten. (Daraus ergebe sich die Wichtigkeit der Blutuntersuchung, sowie dass Chinin erst bei Nachweis der Parasiten gegeben werde, dann aber täglich und so lange, als die [täglich vorzunehmende] Blutuntersuchung auch nur 1—2 Parasiten nachweisen lasse. Ref.) *Hertzka*-Karlsbad.

292. ***Ueber die wahren Krankheiten des Blutes.*** *Von Dr.* ***Max Herz.*** *Vortrag im Wiener medicinischen Club in der Sitzung vom 22. Februar 1893. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 19.)*

Verf. führt aus, dass man bei der Auffassung der Blutkrankheiten sich der gleichen Principien bedienen müsse, wie bei allen anderen Organen und Geweben, denn das Blut sei ein Gewebe, auch in seinen pathologischen Verhältnissen. Da die mikroskopische Untersuchung über die rothen Zellen keinen Aufschluss geben könne, müsse man sich bemühen, auf indirectem Wege die Begriffe zu construiren, welche sonst der Pathologe aus dem blossen Anblick des erkrankten Organes gewinne. Verf. bediente sich, um das Blut ohne es mit einer fremden Substanz zu mengen, centrifugiren und das Volumen der im Serum enthaltenen Zellen bestimmen zu können, folgender Methoden: Er saugt in eine Capillare Leberthran auf und kühlt sie in Eis. Hierauf füllt er sie mit Blut, verschliesst sie durch einen Wachspfropf und centrifugirt. Durch Messung erhält er die Volumprocente. Aus dieser Zahl und der Anzahl der Zellen, welche er separat bestimmt, rechnet er das mittlere Volumen der einzelnen Zellen. Nachdem auch das specifische Gewicht des Plasmas und der Zellen nacheinander bestimmt wurde — zu diesem Zwecke muss die Capillare zerschnitten werden — wird das Gewicht der einzelnen Zellen berechnet. Auf diese Weise untersuchte Verf. gesundes und krankes Blut. Er unterscheidet: Eine acute Schwellung der Blutzellen, welche er zeitweise bei fieberhaften Zuständen antraf und bei Blutverlusten nachweisen konnte. Nach Blutungen werde der im Körper zurückbleibende Rest ödematös, schwelle ungeheuer an und vergrössere sich dann nach und nach durch Zuwachs geschwellter hämoglobinarmer Zellen. Die chronische Schwellung trat unter dem Bilde leichter Chlorosen selbständig auf, zeigte sich aber auch im Gefolge von Cachexien (Carcinomen, Inanition). Hypertrophie wies er bei einem leucämischen Kranken nach. Die Blutgewebsatrophie ist die Grundlage schwerer Chlorosen und Anämien und schliesst sich, allem Anscheine nach, an chronische Schwellung an. Im Nephritisblute fand Verf. trotz der hochgradigen Hydrämie (Herabsetzung des specifischen Plasmagewichtes) Schrumpfung des Blutgewebes. Es seien im Blut ebenso wie überall im Körper, bei Nephritis krystallinische Substanzen aufgehäuft,



welche den Zellen Wasser entziehen und es in den Intercellularräumen aufhäufen. Das sei das nephritische Oedem des Blutes und der anderen Gewebe.

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

293. ***Erdnussgrütze, ein neues eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel.*** *Von Prof. Fürbringer. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 9.)*

Verf. empfiehlt die Früchte von Arachis Hypogaea, einer einjährigen Pflanze aus der Familie der Papilionaceen, unter der Bezeichnung „Erdnüsse, Erdpistacien, Erdmandeln" bekannt, als ein neues, proteïnreiches und wohlfeiles Nährmittel. Das specielle Nährpräparat hat Dr. *Nördlinger* in Bockenheim vor Kurzem als Erdnussgrütze in den Handel eingeführt, unter der Form grösserer, theils gedörrter, theils gerösteter Bruchstücke der Nusskerne, die auf kaltem Wege partiell entölt worden sind. Es übertrifft der Eiweissgehalt dieses Pressgutes denjenigen unserer proteïnreichen Leguminosen um ein Bedeutendes, indem es 47 % Stickstoffsubstanz neben je 19 % von Fett und Kohlehydraten enthält. Bei diesem hohen Nährwerth kostet aber das Kilogramm nur 40 Pfennige. Verf. hat deshalb in der unter seiner Leitung stehenden inneren Abtheilung des Krankenhauses Friedrichshain in Berlin praktische Versuche über die Verwerthbarkeit der Erdnussgrütze als Nährmittel für Gesunde und Kranke aller Art angestellt und dabei ausser auf den Geschmack, auf die Bekömmlichkeit, Haltbarkeit und Ausnützung des Präparates Rücksicht genommen. Er hat dazu die geschrotete Erdnussgrütze der gedörrten und gerösteten vorgezogen und diesen Schrot genau wie das Mehl unserer Cerealien oder wie Gries durch längeres Kochen in Wasser oder in Fleischbrühe in der Küche behandeln lassen. Als Delicatesse vermag Verf. diese Suppe zwar nicht gelten zu lassen, aber bezüglich der Verwendung des Präparates zum Zwecke der Krankenernährung, insbesondere der Massenernährung in den Anstalten empfiehlt dieser Kliniker die Erdnusssuppe als ein sehr kräftiges, gut ausnutzbares, ungewöhnlich billiges, im Durchschnitt gut bekömmliches und mit Unterbrechungen grösstentheils nicht ungern genommenes Nährmittel. Besondere Beachtung verdiene dasselbe als eiweissreicher und stärkearmer Bestandtheil der Kostration der Fettleibigen, Diabetiker und für den, dem die ausgiebigere Verordnung von thierischem Eiweiss beim Morbus Brightii bedenklich erscheint, auch den chronisch Nierenkranken. Auch bei der *Playfair-Mitchell*'schen Cur dürfte das Präparat unter Umständen erspriessliche Dienste leisten, zumal wenn es gelingt, die Geschmacksmängel (der zehnte Theil von Verf.'s Versuchspersonen, vorwiegend Frauen, fand die Suppe widerlich schmeckend und bezeichnete einen weichlichen, öligen, bitterlichen, wohl auch an ranzige Butter erinnernden Geschmack als Ursache) ganz zu beseitigen. Schliesslich macht Verf. darauf aufmerksam, dass die Erdnussgrütze als Volksnährmittel, sowie für Insassen solcher Institute, die den Charakter der Armenanstalten tragen, wie Siechenhäuser, Gefängnisse, Volksküchen



eine Rolle zu spielen befähigt sei, da hier für 1 Pfennig 12 Grm. Eiweiss neben je 5 Grm. Fett und Kohlehydrate geliefert werden.

Prof. *Kisch.*

294. ***Zur Biologie des Cholerabacillus.*** *Von Prof. **Uffelmann.** (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 48. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 9.)*

Verf. weist nach, dass im Wasser und Hafenwasser von Rostock und der Oberwarnow nahe bei Rostock sich Cholerabacillen bis zu 6 Tagen lebendig erhalten können. Ist die Temperatur des Wassers 19—21°, so scheint während der ersten 15—16 Stunden eine Vermehrung der Cholerabacillen einzutreten. In der Kuhmilch können sich Cholerabacillen 1—2 Tage lebend erhalten, auch wenn dieselbe ziemlich stark sauer geworden. Auf Scheiben von Roggenbrot bleiben die Bacillen wenigstens 1 Tag, wenn das Brot in Papier eingehüllt ist, bis zu 3 Tagen, unter einer Glasglocke wenigstens eine Woche lebend. Auf der Oberfläche von schwach saurer Butter bleiben sie 4—6, auf Bratenfleisch 8, auf geräuchertem Häring 4 Tage am Leben. Auf kupfernen, silbernen Münzen, sowie auf messingenen Platten gehen sie ungemein rasch binnen 10—30 Minuten zu Grunde, auf trockenen Zeugstoffen leben sie bis 4, auf feuchten länger als 12 Tage. An der trockenen menschlichen Haut halten sich die Bacillen wenigstens 1 Stunde, aber keine 2 Stunden lebensfähig.

295. ***Einfluss des Rauches auf Bacterien.*** *Von **Serafini** und **Ungaro.** (Giornale int. delle scienze mediche. 1891.) Von **Tassinari.** (Annali dell' instituto d'igiene di Roma. I. — Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. 1891. Suppl.)*

Der Rauch von Tannen- oder Eichenholz wurde durch eine Röhre in das Gasleitungsrohr einer *Woulff*'schen Flasche geleitet, in der ein Thermometer befestigt und ein Haken zur Lagerung der inficirten Seidenfäden angebracht war. Sie fanden, dass eine Einwirkung des Rauches von 2½ Stunden hinreicht, um Staphyl. pyog. aureus, von 3½ Stunden um B. subtilis, von 18 Stunden um Milzbrandsporen zu tödten, dass aber eine erheblich weniger lange Einwirkung genügt, um eine Verzögerung des Wachsthums hervorzurufen, und fanden auch, dass die bacterientödtende Eigenschaft nicht der Trocknung oder der Temperatur, sondern der chemischen Zusammensetzung des Rauches zugeschrieben ist. Als sie den Rauch durch einen Gaswaschapparat streichen liessen, der mit Aetzkalilösung gefüllt war, ergab sich, dass die Bacterientödtung ausblieb. Daraus ziehen die Verff. den Schluss, dass nicht das CO, nicht die $CO_2$, sondern gewisse von der Aetzkalilösung absorbirte Substanzen das Wirksame des Rauches sind. Als sie Watte vorlegten und den Rauch durch dieselbe hindurchleiteten, wurden die Bacterien nur insoweit beeinflusst, dass ihre Entwicklungsfähigkeit etwas abgeschwächt erschien und hieraus folgern die Verff., dass das Wirksame des Rauches die Theersubstanzen sind. — Bei der Conservirung des Fleisches wirkt der Rauch nur zum Theil bacterientödtend. Die Theersubstanzen tragen bei zur Bildung einer Schicht gewonnenen Eiweisses an der Oberfläche. Hier tritt eine Fäulniss nicht ein, weil diese Schicht mit den desinficirend wirkenden Bestandtheilen des Rauches sich imbibirt



hat. Aber die nämliche Schicht hindert das Vordringen der Fäulnisserreger in die Tiefe des Fleisches während der ersten Tage, in denen das Fleisch soweit ausgetrocknet wird, dass etwaige Eindringlinge sich nicht weiter entwickeln können.

*Tassinari* hatte bereits früher ermittelt, dass der Tabakrauch die Fähigkeit besitzt, die Entwicklung einiger Arten Bacterien zu verzögern, diejenige anderer ganz aufzuheben. Seine neuen Studien bestätigten, dass der Rauch von verschiedenen Arten Cigarren und Tabak im Allgemeinen eine bacterientödtende Kraft hat und dass dies namentlich gilt in Bezug auf den Cholerabacillus, dass deshalb in Choleraepidemien (auch in Typhusepidemien) das Rauchen Nutzen bringen könne und dass letzteres überhaupt desinficirend auf den Mund wirke. In den Versuchen *Tassinari's* wurden ausser den Bacillen der Cholera und des Typhus noch Milzbrandbacillen und Milzbrandsporen, der St. pyogenes aureus, der *Friedländer*'sche Pneumococcus und der Bacillus *Finkler-Prior's* verwendet. Die Dauer der Einwirkung war 10 bis 30 Minuten (bei circa 18° C.), der Effect der letzteren stets ersichtlich, auch wenn keine volle Abtödtung erfolgte. *Tassinari* führt die Wirkung allein auf die chemische Constitution des Rauches, und zwar auf die Theerproducte und die löslichen Kohlenwasserstoffe zurück.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 296. *Die chemischen Unterschiede zwischen Kuh- und Frauenmilch und die Mittel zu ihrer Ausgleichung.*

*Von Prof. Dr.* ***Soxhlet.***

*(Münchener med. Wochenschr. 1893. 1. u. 3.)*

(Schluss.)

Durch Vermischen der Kuhmilch mit ein halb Theil 12·3proc. Milchzuckerlösung erhält man ein Gemisch, welches dieselben Nährstoffmengen wie die Frauenmilch enthält, nur mit der geringen Abweichung, dass ein Drittel des Fettgehaltes durch die gleichwerthige Menge Milchzucker vertreten ist.

| | Frauenmilch | Kuhmilch mit ein halb Theil 12·3%iger Milchzuckerlösung |
|---|---|---|
| Wasser | 87·41% | 85·30% |
| Eiweissstoffe | 2·29 „ | 2·37 „ |
| Fett | 3·78 „ | 2·46 „ |
| Fett vertreten durch Milchzucker | — | 1·32 „ |
| Milchzucker als Aequivalent für fehlendes Fett | — | 3·19 „ |
| Natürlicher Milchzuckergehalt | 6·21 „ | 3·25 „ |
| Milchzucker als Ergänzung des geringeren natürlichen Gehaltes | — | 2·96 „ |
| Gesammt-Milchzuckergehalt | — | 9·40 „ |
| Aschenbestandtheile | 0·31 „ | 0·47 „ |

Auf ganz dieselbe rationelle Grundlage stützt sich eine Vorschrift, welche Prof. Dr. *Heubner* und Prof. Dr. *Hofmann* ausgearbeitet haben. Die Genannten empfehlen für 1—9monatliche Kinder

gewöhnlich nur eine Mischung, bestehend aus einem Theil Kuhmilch und einem Theil einer Milchzuckerlösung, welche 69 Grm. im Liter enthält; oben wurde berechnet, dass ein halber Theil doppelt so concentrirter Milchzuckerlösung zur Correctur erforderlich sei. Beide Mischungen sind also gleich zusammengesetzt, nur ist die *Heubner-Hofmann*'sche etwas verdünnter; sie enthält: 90·57 Procent Wasser, 1·78 Eiweissstoffe, 1·85 Fett, 5·44 Milchzucker und 0·36 Asche.

Diese Vorschrift besitzt folgende Vorzüge:

1. Sie stützt sich nur auf klar erkannte chemische und physiologische Thatsachen. 2. Sie vermeidet alle naturwidrigen Zusätze und umständlich herzustellenden Mischungen, gibt aber der Kuhmilch das, was ihr in der Hauptsache fehlt. Sie berücksichtigt die Gegensätze, welche darin liegen, dass die Gutartigkeit der Gerinnung einen möglichst hohen Wasserzusatz verlangt, dass aber andererseits aus schon früher erörterten Gründen ein zu starker Wasserzusatz schädlich ist, sie lässt keinen grösseren Wasserzusatz anwenden als im Interesse einer möglichst geeigneten Gerinnung eben nothwendig und unerlässlich ist. Der Wassergehalt ist zwar etwas grösser, das Verhältniss der einzelnen Nährstoffe zu einander aber genau dasselbe wie in der Frauenmilch von durchschnittlicher Zusammensetzung. Dieser höhere Wassergehalt ist aber nicht nur der geeigneten Gerinnungsweise wegen, sondern auch deshalb nothwendig, um die Concentration der Milchzuckerlösung auf die normale Grösse zu bringen, worauf es, wie später gezeigt werden soll, ebenfalls ankommt. *Heubner* und *Hofmann* brechen mit der Tradition der zahlreichen mit dem Lebensalter wechselnden Verdünnungen und Mischungen; sie empfehlen für 1—9 Monate alte Kinder für gewöhnlich nur die genannte Mischung und nur auf besondere ärztliche Verordnung für kräftige Kinder vom 9. Monat an Vollmilch und für sehr schwache und reconvalescente Kinder ein Gemisch von 1 Theil Milch mit 2 Theilen einer Milchzuckerlösung, welche 45 Grm. im Liter enthält. Dadurch, dass sie für die überwiegende Mehrzahl der Fälle nur eine Mischung empfehlen, liefern sie die einfachste und verständlichste Vorschrift, die am meisten Aussicht hat, in der Praxis auch wirklich durchgeführt zu werden.

Es fragt sich noch, ob der Milchzucker wirklich der allein rationelle Zusatz ist oder ob dieser nicht durch andere, vielleicht noch bessere oder wenigstens billigere Stoffe ersetzt werden könne. Die Milch aller Säuglinge enthält, neben geringen Mengen ähnlicher Stoffe, kein anderes Kohlehydrat als Milchzucker. Er ist das einzige Kohlehydrat, von welchem sich die Neugeborenen aller Säugethiere ernähren. Dies ist ein so deutlicher Wink, worin das zweckmässigste Ergänzungsmittel für den zu geringen Milchzuckergehalt der Kuhmilch zu suchen ist, dass eine Umschau nach etwas Gleichwerthigem oder gar Besserem ziemlich aussichtslos erscheint. Es bestehen so gewichtige Unterschiede zwischen Milchzucker und den anderen Zuckerarten, dass man weder Maltose, noch Rohr- oder Traubenzucker als vollwerthigen Ersatz des Milchzuckers betrachten kann. Der Milchzucker nimmt nicht nur hinsichtlich seines Vorkommens in der Natur und seiner chemischen Eigen-

schaften, sondern insbesondere auch wegen seines ganz eigenthümlichen Verhaltens im Organismus unter allen Zuckerarten eine Ausnahmsstellung ein. Auf diese wurde bisher noch niemals verwiesen, so oft auch schon der Milchzucker als Zusatz zur Kuhmilch empfohlen wurde. *Soxhlet* zeigt die wichtigsten chemischen und physiologischen Unterschiede zwischen Milchzucker und anderen Zuckerarten, begründet die Unersetzbarkeit des Milchzuckers näher und beweist, dass das ausschliessliche Angewiesensein des natürlich ernährten Säuglings auf dieses Kohlehydrat eine wohlbegründete Zweckmässigkeit ist.

1. Der Milchzucker ist, neben der Raffinose, welche hier nicht in Betracht kommt, die einzige Zuckerart, welche beim Erhitzen mit Salpetersäure Schleimsäure (circa 40%) liefert; die anderen Zuckerarten liefern Zuckersäure.

2. Rohrzucker, Traubenzucker und Maltose zerfallen bei Gegenwart von gewöhnlicher Alkoholhefe in Alkohol- und Kohlensäure, der Milchzucker bleibt unverändert. Der Milchzucker ist im Allgemeinen Gährungsvorgängen gegenüber widerstandsfähiger.

3. Er ist nur etwa ein Drittelmal so süss als der Rohrzucker; man kann also vom Milchzucker, ohne widerliche Süssigkeit hervorzurufen, einer Nahrung dreimal so viel hinzufügen als vom Rohrzucker. Im Verhältniss zu seiner Wirkung als süss schmeckendes Genussmittel hat er mehr den Charakter eines Nahrungsmittels, wovon auch für andere Ernährungszwecke Gebrauch gemacht werden kann — soferne seine stärkere Abführwirkung dem nicht hinderlich ist.

4. Nach den Untersuchungen von *Lusk, Abbot* und *Otto* im *Voit*'schen Institut wird der Milchzucker nicht, wie der Traubenzucker oder die Maltose, in Glycogen verwandelt. Hieraus und aus dem Verhalten beim Diabetiker folgert *Fritz Voit,* dass der Milchzucker leichter im Organismus verbrennt als die anderen Zuckerarten. Nach *Bischoff* und *Voit*, *Abbot*, *Hofmeister* und *Worm-Müller* geht der Milchzucker am leichtesten in den Harn über, nach *C. v. Voit* wohl „deshalb, weil er nicht direct zu Glycogen wird und somit dem Kreislauf nicht entzogen wird". Die folgenden Angaben beziehen sich auf Untersuchungen des Physiologen *Pietro Albertoni* in Bologna, welche erst in den letzten 2 Jahren veröffentlicht wurden. Diese Untersuchungen sind für die Beurtheilung der Sonderstellung des Milchzuckers, hinsichtlich seines Verhaltens im Organismus, von besonderem Interesse.

5. Maltose und Rohrzucker werden am raschesten resorbirt, Milchzucker am langsamsten; von ersteren innerhalb einer Stunde 70—80%, vom Milchzucker je nach der Concentration der Lösung 20—40%.

6. Die Anhäufung der rasch resorbirbaren Zuckerarten: Rohrzucker, Traubenzucker und Maltose im Blute veranlasst Veränderungen in den Functionen des Circulationsapparates, welche bis zum Verschwinden des Zuckerüberschusses andauern. Es steigt der Blutdruck, die Gefässe werden erweitert und die Pulsfrequenz wird vermehrt; die Circulation wird hierdurch so beschleunigt, dass durch ein und dieselbe Vene in der Zeiteinheit bis zur doppelten Menge Blut hindurchgeht. Der Milchzucker übt eine ganz



eigene Wirkung auf den Kreislauf aus; obwohl auch er den Blutdruck steigert, wenn er in überschüssiger Menge in das Blut gelangt, so vermehrt er doch nicht die Pulsfrequenz, sondern er vermindert sie, wobei die Systole eine geräumigere wird. Die Steigerung des Blutdruckes hängt von der directen reizenden Wirkung der Zuckerarten auf das Herz und seine Gefässe, die Verlangsamung der Pulsfrequenz von der specifischen Wirkung des Milchzuckers auf den Hemmungsapparat des Herzens ab. *Albertoni* betrachtet die Zuckerarten nicht nur als Nahrungs- und Genussmittel im gewöhnlichen Sinne, sondern auch als specifische Reizmittel für die Regelung des Kreislaufs. Es kann also von diesem Standpunkte aus betrachtet nicht gleichgiltig sein, ob der Milchzucker durch andere Zuckerarten ersetzt wird; denn wegen seines langsameren Aufgesogenwerdens und seiner leichteren Verbrennlichkeit kommt es im Blute nicht so leicht zu einer Zuckeranhäufung und ausserdem sind seine Reizwirkungen andere und eigenthümliche.

7. Während die anderen Zuckerarten fast vollständig vom Magen aus resorbirt werden, findet sich vom verzehrten Milchzucker immer auch eine grössere Menge im Dünndarm. Einige Zeit nach der Aufnahme von Milchzuckerlösungen enthalten Magen und Darm zusammen immer mehr Flüssigkeit als hineingebracht wurde und der Dünndarm enthält mehr Schleim und Galle als gewöhnlich. Dies erkläre, wie der Milchzucker abführend wirken kann und dass er zu diesem Zwecke vom Volke verwendet werde. Die abführende Wirkung, welche die Milch auf manche Menschen äussert, sei dem Gehalte an Milchzucker zuzuschreiben. Hier sei bemerkt, dass *Traube* den Milchzucker als leichtes, aber sicheres Abführmittel für Erwachsene in Dosen von 9—16 Grm., genommen nüchtern früh in circa $^1/_2$ Liter verdünnter warmer Milch, empfohlen hat, und dass nach *Albertoni's* Beobachtungen 20 Grm. Milchzucker, gelöst in wenig warmen Wasser, bei kräftigen jungen Leuten in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle Abführwirkungen herbeiführten. Diese specifische Wirkung des Milchzuckers macht ihn zu einem besonders werthvollen Zusatzmittel zur Kuhmilch. Gewiss ist oft die feste Beschaffenheit der Fäces künstlich ernährter Säuglinge und wohl auch die geringere Verdaulichkeit des Kuhmilchcaseins auf den zu geringen Milchzuckergehalt der Nahrung zurückzuführen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die abführende Wirkung des Milchzuckers nicht nur von der Menge, sondern auch von der Concentration der Milchzuckerlösung abhängt; sehr verdünnte Lösungen, wie mehrfach verdünnte Kuhmilch, äussern diese Wirkung nicht. Die *Heubner-Hofmann*'sche Vorschrift dürfte auch hierin wieder das Richtige treffen, insofern sie das Gemisch von Milch und Wasser auf den Milchzuckergehalt der Frauenmilch bringen lässt.

8. Von besonderem Interesse sind schliesslich die neuesten Untersuchungen *Albertoni's* über die sogenannte chemotactische Wirkung des Milchzuckers. Er hat die Reizwirkung der verschiedenen Zuckerarten auf die weissen Blutkörperchen untersucht, indem er Capillaren, welche mit 5%igen Zuckerlösungen gefüllt waren, unter die Haut der Thiere brachte und den Röhreninhalt nach 24stündiger Berührung untersuchte.

Die Thatsache, dass der Milchzucker auf die Leucocyten der Neugeborenen eine sehr starke Reizwirkung ausübt, der Rohrzucker fast gar nicht, ist so auffallend, dass es kaum angehen wird, dieses Verhalten als bedeutungslos zu betrachten. Jedenfalls ist dieses Verhalten dazu geeignet, die physiologische Stellung, welche der Milchzucker unter den Zuckerarten einnimmt, besonders zu markiren. Uebrigens hat auch schon *Pfeiffer* auf die viel stärkere chemische Reizwirkung des Milchzuckers aufmerksam gemacht, indem er zeigte, dass 1%ige Milchzuckerlösungen auf Bacterium termo in gleicher Weise anlockend wirkten als 10%ige Traubenzuckerlösungen. Zum Schlusse reproducirt *Soxhlet* die weiteren Kreisen noch nicht bekannt gewordene Vorschrift über die Mischungs- und Mengenverhältnisse der an Säuglinge zu verabreichenden Milchgemische, wie sie Prof. Dr. *Heubner* und Geheimrath Prof. Dr. *Hofmann* in ihrer Anweisung, „die Erzeugung keimfreier Milch und Verkauf derselben in den Apotheken Leipzigs betreffend", niedergelegt haben und fügt dem Einiges über die Art der Ausführung in Verbindung mit seinem Sterilisirungsapparate hinzu: Für gewöhnlich wird nur die folgende Mischung, bestehend aus 1 Theil circa 6%iger Milchzuckerlösung und 1 Theil Kuhmilch, verwendet. Für 1 Monat alte Kinder: 8 Flaschen, à 150 Grm., gefüllt mit 75 Grm. der Mischung, also halb so voll gefüllt, als die Gebrauchsanweisung zum Sterilisirapparat vorschreibt. In das Mischglas kommen: 3 Theilstriche Wasser, 6 glatt abgestrichene Kaffeelöffel voll feingepulverter Milchzucker (= 18 Grm); nach 1—2 Minuten langem Umrühren, nachdem sich der Milchzucker gelöst hat, werden 3 Theilstriche Kuhmilch hinzu gemischt. Für 2—3 Monate alte Kinder: 7 Flaschen, à 150 Grm., gefüllt mit je 125 Grm. der Mischung, d. h. anderthalb Centimeter oder ein Finger breit tiefer eingefüllt, als die Gebrauchsanweisung vorschreibt. In das Mischglas kommen $4\frac{1}{2}$ Theilstriche Wasser, 9 abgestrichen volle Kaffeelöffel Milchzucker und $4\frac{1}{2}$ Theilstriche Milch. Für über 3 Monate alte Kinder: 6—8 Flaschen, à 150 Grm., vollgefüllt nach der Gebrauchsanweisung zum Sterilisirapparat. In das Mischgefäss kommen — bei der Bereitung des Gemisches für 8 Flaschen — 6 Theilstriche Wasser, 12 abgestrichen volle Kaffeelöffel Milchzucker und 6 Theilstriche Milch. Täglicher Verbrauch an Milchzucker 18—36 Grm. Nur ausnahmsweise und auf besondere ärztliche Verordnung werden verabreicht: *a)* an kräftige Kinder von 9 Monaten an Vollmilch, *b)* an sehr schwache und reconvalescente Kinder ein Gemisch von 1 Theil Milch und 2 Theilen Milchzuckerlösung, welche 45 Grm. im Liter enthält. Dieses Gemisch wird bereitet, indem man auf je 2 Theilstriche Wasser 3 abgestrichen volle Kaffeelöffel Milchzucker nimmt und zu der Lösung die zweifache Menge Milch hinzumischt; also z. B. für 8 Flaschen, à 150 Grm., 8 Theilstriche Wasser, 12 Kaffeelöffel Milchzucker und 4 Theilstriche Milch.



# Literatur.

297. ***Specielle Chirurgie für Aerzte und Studirende.*** *Von Prof. Dr.* ***H. Fischer,*** *Geheimer Medicinalrath. Mit 190 Abbildungen in Holzschnitt. Berlin 1892, Verlag von Friedrich Wreden. (Wreden's Sammlung medicinischer Lehrbücher. Bd. IX.)*

Wie gross dermalen das Gebiet der speciellen Chirurgie ist, mag rein mechanisch daraus erkannt werden, dass das enggedruckte Sachregister des vorliegenden Werkes allein 40 zweitheilige Seiten einnimmt und dass das Lehrbuch 851 Seiten Text hat. Was man von einer solchen Arbeit verlangen kann, dass der Verf. darin das ganze Gebiet von dem Standpunkte der Wissenschaft und seiner eigenen Erfahrungen behandelt und es dem Leser soweit übersichtlich darstellt, dass er sich daraus einmal Belehrung, das andere Mal Rath holen kann, das erfüllt das vorliegende Werk im vollsten Masse; der Verf. desselben ist Chirurg im wahren Sinne des Wortes, er behandelt demgemäss die Krankheiten vom fachmännischen Standpunkte und wirkt eben in dieser Richtung, wie das seine Aufgabe ist, didactisch. Ob es möglich ist, dass ein solches Werk in allen seinen Capiteln die grosse chirurgische Doctrin allseitig erschöpfe, für jede Methode die beste Indication und für jeden einzelnen Fall die beste operative Methode angebe, ist wohl eine Frage, auf die jeder Chirurg nur mit Nein antworten wird. Doch besteht die Aufgabe eines Lehrbuches auch nicht darin, eine Doctrin in ihrer praktischen Durchführbarkeit nach ideellem Masse zu erschöpfen, sondern dem Leser ein solches Gesammtbild derselben zu geben, dass er auf Grundlage des Erlernten den Anforderungen der Praxis nicht unvorbereitet gegenüberstehe. Um ein Werk wie dieses ausnützen zu können, genügt es nicht, es als Nachschlagebuch allein zu verwerthen, es will einmal gut durchstudirt sein, damit der Sinn der knappen Sprache, in welcher ein solches Lehrbuch abgefasst werden muss, auch vollständig gewürdigt werden kann. Von unserem Standpunkte aus wird Verf.'s Lehrbuch sich der Anerkennung Aller erfreuen, die beim Eintritt in das Gebiet der Chirurgie, sowohl wie in ihrem ärztlichen Wirkungskreise einer klaren und sicheren Führung bedürfen. So wünschen wir dem Verf., es möge seiner tüchtigen Arbeit allseitige Anerkennung werden. Die dem Werke beigegebenen Illustrationen unterstützen das Verständniss der wichtigsten Einzelheiten der Diagnostik und der operativen Methoden. —z.

298. ***Desinfection oder Verhütung und Vertreibung ansteckender Krankheiten.*** *Für Aerzte, Verwaltungsbeamte und Gebildete jeden Berufes. Dargestellt von Dr.* ***J. Borntraeger,*** *Kreisphysikus, Marine-Stabsarzt a. D. 164 S. 8°. Leipzig 1892, Verlag von H. Hartung & Sohn (G. M. Herzog).*

Die Frage der Desinfection ist durch das Aufflackern der Cholera im letzten Sommer und durch das Verweilen derselben im Wolgagebiet zu einer actuellen geworden. Soll diese gründlich gelöst werden, so ist es nicht nur wichtig, dass die Aerzte von der Nothwendigkeit einer zweckmässigen Durchführung der Desinfection überzeugt und auch die Kenntniss von der Art derselben vollkommen inne haben, sondern es müssen sowohl die Verwaltungsbehörden, durch deren Autorität eine durchgreifende Desinfection ausführbar wird, und nicht in letzter Instanz auch die Bevölkerung, welche zum Theil von den Desinfectionsmassregeln in



ihrem individuellen Interesse zum Wohle des Ganzen hart mitgenommen wird, von der Tragweite und Bedeutung der Prophylaxe gegenüber den Infectionskrankheiten vollkommen überzeugt sein. Verf., der auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege ein bewährter Kämpe ist, hat sich mit vorliegendem Werkchen die wichtige Aufgabe gestellt, das Interesse breiter Volksschichten für die Lehren der Hygiene und speciell für die nothwendige Bekämpfung ansteckender Krankheiten anzuregen. Er bespricht in populärer Weise die Bacterienkunde, trägt Alles zusammen was gegen die ansteckenden Krankheiten, speciell gegen die Cholera, zu geschehen hat, berücksichtigt die neuerdings gemachten Erfahrungen wie die begangenen Fehler und weist auf die Wege, auf welchen ein praktischer Ausbau der Gesundheitspflege sich zu bewegen hat. Namentlich dieses letztere Ziel ist nur zu erreichen, wenn man es nicht verschmäht, in die Details der Volksgebräuche einerseits einzugehen und andererseits die innigen Beziehungen des vielseitig verschlungenen Verkehrslebens gerade in ihrer Bedeutung für die Uebertragbarkeit der Krankheitsstoffe zu berücksichtigen, wie dies Verf. thatsächlich gethan hat. So tritt Verf.'s Arbeit in die Oeffentlichkeit mit dem Zwecke und den Mitteln der öffentlichen Gesundheitspflege im Volke im grösseren Massstabe, als es bisher geschehen, die Durchführung zu sichern. Das Büchlein wird von Allen, denen es gewidmet ist, mit grossem Nutzen gelesen werden.

*—h.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

299. ***Ueber Augenerkrankungen bei Diabetes.*** *Von Prof. Dr.* ***Ludwig Mauthner.*** *Vortrag, gehalten in der wissenschaftlichen Versammlung des Wiener med. Doctoren-Collegiums am 23. Januar 1893. (Mittheil. d. Wiener med. Doctorencollegiums. 1893. 5.)*

Es ist dem Vortr. schon lange auffallend gewesen, dass die meisten Augenärzte so viel von diabetischen Augenerkrankungen berichten, während ihm selbst fast gar keine untergekommen seien. Bei seinem Aufenthalte in Carlsbad, wo er Gelegenheit hatte, eine grosse Menge Diabetischer auf ihr Sehvermögen zu prüfen, konnte er die so oft citirten diabetischen Augenerkrankungen nicht constatiren, wenigstens konnte er keine einzige für Diabetes charakteristische Cataracta entdecken; er sah wohl Augenerkrankungen bei Diabetes, dieselben waren aber keiner anderen Natur, als man sie sonst bei anderen Individuen findet. Wohl konnte er aber die Bemerkung machen, dass sich bei über 60 Jahre alten Individuen sehr häufig im medialen unteren Quadranten der Linse trübe Streifen finden, die aber mit Diabetes absolut nichts zu thun haben. Es wurde vielfach angenommen, dass die Wasserentziehung bei Diabetes eine Wirkung auf das Sehvermögen entfalte. Doch sei das Vorkommen des Zuckers im Harne selbst übertrieben worden; demselben komme aber in der That keine sehr grosse Bedeutung zu, da derselbe nicht das Wesen der Krankheit, sondern nur ein Symptom ist. Der Zucker im Harne kann in sehr wechselnder Menge vorkommen, ohne dass das Krankheitsbild dadurch wesentlich beeinflusst würde; so gebe es z. B. schwere Diabetesformen, die nur mit einem relativ sehr geringen Zuckergehalte im Harne einhergehen. In solchen Fällen müsse man die Diagnose „Diabetes" aus anderen Symptomen erschliessen. Es sei dies gerade so, wie beim Glaucom, wo die glaucomatöse Sehnervenexcavation auch nicht unbedingt zur Diagnose





derselben nöthig sei. Beim Diabetes könne der ungemein rasche Körperverfall, ohne dass ein Symptom auf ein anderes Leiden deuten würde, mit zur Diagnose verwerthet werden. Vortr. berichtet hierauf über einen selbsterlebten interessanten Fall, welcher ein Mädchen betraf, das ohne jegliche Veranlassung eine Iritis bekam, die wie jede andere Iritis verlief und auch ausheilte. Nach einiger Zeit kam sie zu Vortr. mit der Klage über sehr heftiges Jucken in den Augenlidern. Vortr. fasste dasselbe als Symptom von Diabetes auf, der auch durch die Harnuntersuchung constatirt wurde. Eine Carlsbader Cur beseitigte den Zustand. Was die Cataracta diabetica anlangt, so sagt *Graefe*, dass er in 25% von Diabetes dieselbe constatiren konnte; doch hat derselbe nur 7—8 Fälle gesehen — eine Zahl, die viel zu klein ist, um aus derselben einen solchen gewagten Schluss zu ziehen. Dieser Ausspruch *Graefe's* wird nun von den Ophthalmologen der Jetztzeit überall ungerechtfertigter Weise citirt. Neuere Forscher, welche über eine bedeutend grössere Anzahl von Diabetikern verfügten, konnten die Cataracta in höchstens 4% der Fälle constatiren. Die Beweise, welche angezogen werden, dass sich bei Cataracta diabetica Zucker in der Kammer und in der Linse finden soll, entbehren jeder Stütze, da nach *Kühne* in der Linse noch eine andere Substanz vorkommt, welche das Kupferoxyd reducirt. Will man hier eine sichere Entscheidung treffen, dann müssen auch die übrigen Cataracten in dieser Richtung hin untersucht werden. Nach *Hirschberg* bleibt bei keinem Diabetes, der länger als 10 Jahre dauert, die Linsentrübung aus. Diese Anschauung fand Vortr. in seiner Praxis nicht bestätigt. Vortr. kann also nicht zugeben, dass die Cataracten, welche man bei Diabetikern findet, vom Diabetes abhängig sein sollen. Er hält dieselben vielmehr für ganz gewöhnliche Alterscataracten, die den Diabetes zufällig begleiten. Eine diabetische Cataracta könnte höchstens bei jugendlichen Individuen angenommen werden, und hier nur, wenn dieselben sehr herabgekommen sind. Aber auch hier ist dieselbe nicht vom Diabetes an und für sich, sondern von dem durch denselben erzeugten Marasmus abhängig. Ein bei Diabetes in Betracht kommendes Moment wäre das, dass sich im Körper ein Gift bildet, welches zur Autointoxication und zu Ernährungsstörungen der Gefässwände führen würde. Dadurch käme es zu einer grösseren Zerreisslichkeit der Gefässe und zu Blutungen in den verschiedenen Theilen des menschlichen Körpers. Blutungen im Opticusstamme, im Gehirn, in der Conjunctiva, in der Retina, im Glaskörper, an der Macula lutea könnten auf diese Weise leicht in der Brüchigkeit der Gefässe ihre Erklärung finden, und ebenso die durch dieselben verursachten Sehstörungen. Doch müssen dieselben sehr selten sein, da sie Vortr. während seiner 30jährigen Praxis noch nie zu Gesichte bekam. In der Literatur finden sich mehrere Fälle von Erblindung, welche auf Diabetes zurückgeführt wurden; bei der Section aber fanden sich andere Ursachen. So z. B. in einem Falle eine Cyste der Basis cranii, in einem anderen Falle ein Sarcom, in einem dritten ein Neugebilde der Medulla oblongata. Vortr. zieht nun in den Bereich seiner Besprechungen die Amblyopia diabetica, die aber meist nichts Anderes ist, als eine Tabaks- oder Alkoholamblyopie. Diagnostisch wichtig ist, dass sich bei der Alkoholamblyopie stets Grünblindheit findet, während für Roth nur ein centrales Scotom vorhanden ist, was auf eine allgemeine Ernährungsstörung der Netzhaut hinweist. Vortr. verfügt über 5 Fälle dieser Art, eine Zahl, die bis jetzt von gar keinem Autor zu Stande



gebracht wurde. Diese Fälle hatten alle das Gemeinschaftliche, dass sie sich bei Männern mit Diabetes fanden, bei deren Behandlung von allen Opthalmologen das Hauptgewicht auf die Therapie des Diabetes gelegt wurde; es wurde aber in keinem Falle darnach geforscht, ob die betreffenden Individuen Raucher oder Alkoholiker seien. Und in der That waren sie alle durchwegs starke Raucher, welche mehr oder minder dem Alkoholgenusse fröhnten. Die Carlsbader Curen nützten demgemäss auch bei den betreffenden Individuen nichts und erst die stricte Enthaltung vom Rauchen brachte stets die bestehende Amblyopie zum Schwinden. Dabei legt Vortr. kein grosses Gewicht auf Strychnininjectionen. Es ist auch leicht begreiflich, dass der Diabetiker so leicht eine Amblyopie bekommt, da eben der Diabetes den Organismus sehr schwächt. Kommt noch Tabakmissbrauch dazu, so hilft dieser die Amblyopie noch leichter auslösen. *Hirschberg* erwähnt, dass die Amblyopie eine schlimme Prognose bedeute, was aber nach den Erfahrungen des Vortr. nicht zutrifft, da solche Amblyopien nach Entziehung des Tabakgenusses, nicht aber durch diabetische Curen zurückgehen.

---

# Kleine Mittheilungen.

300. ***Die Bauchmassage vermittelst Kanonenkugel.*** *Von Dr. **A. Rose.** (New-Yorker med. Monatschr. 1893. 1.)*

*Sahli* empfahl im Jahre 1887 statt der Dienste des Masseurs oder der Masseuse die Anwendung einer 3—5 Pfund schweren massiven Eisenkugel, einer sogenannten Vollkugel. Man lässt den Patienten in der Rückenlage eine 3—5pfündige eiserne Kugel täglich eine gewisse Zeit, etwa 5—10 Minuten lang, auf seinem Bauche herumrollen. Eine solche rollende Kugel massirt sehr energisch und gleichmässig. Die Wirkung lässt sich dadurch, dass man sie mit der Hand etwas andrückt, noch verstärken. Auch kann man abwechselnd mit den Rollbewegungen der Kugel auch Fall- oder Klopfbewegungen ausführen, indem man sie mehr oder weniger hoch hebt und, ohne sie aus der Hand zu lassen, auf den Bauch fallen lässt. Man lässt den Patienten den ganzen Bauch massiren und dabei der Gegend des Colon, speciell aber der Region des S romanum, besondere Aufmerksamkeit schenken. Es scheint von Vortheil, die Kugel über dem Colon in der Richtung vom Cöcum gegen die Flexura sigmoidea hin zu bewegen, in der Absicht, den Darminhalt auch mechanisch weiter zu befördern. Auf diese Weise kann auch ein Ungeübter den Bauch gehörig durchkneten. Die Patienten führen die Methode im Allgemeinen gerne aus. Die Kugel kann man mässig erwärmen oder mit Wolle überziehen. Man wählt eine bestimmte Zeit täglich, am besten nach dem Erwachen Morgens vor dem Aufstehen, und suche pünktlich Stuhlgang zu erzielen.

Aehnlich diesem Verfahren ist das von *H. B. Beatty* (Semaine méd. 1892. 51) zur Heilung der habituellen Obstipation angegebene. Täglich, des Morgens oder des Abends, rollt der Patient, auf dem Rücken liegend, langsam einen mit kleinen Schrotkörnern gefüllten Sack über das Abdomen, besonders über das Colon hin, entsprechend dem Verlauf der drei Abschnitte desselben. Die Dauer des Manövers und die Schwere des Sackes variiren je nach dem Grade der Obstipation und der Ausdauer des Patienten.

301. ***Reflectorische Hemiplegie durch Taenia mediocanellata bedingt.*** *Von **Mario Condorelli Francaviglia.** (Giorn. med. del R esercito e della R. marina 1892. 3. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 9.)*

Ein 27jähriger Maurer erkrankte plötzlich an Anfällen. welche mit Oppressionsgefühl im Mesogastrium, Athembeschwerden, Ohrensausen, Kriebeln in der linken Körperhälfte, besonders in den Fingern, begannen und mit vollständiger Lähmung der beiden linken Extremitäten endigten. Das Bewusstsein blieb erhalten. Patient konnte während der Anfälle sprechen, die rechte Körperhälfte bewegen; die Gesichtsmuskeln sollen nicht gelähmt gewesen sein. Dauer der Anfälle 10—15 Minuten, ihre Wiederkehr alle 10—20 Tage. Der Zustand trotzte ein Jahr lang jeder Behandlung, bis Verf., von dem Patienten auf das Vorhandensein von Bandwurmgliedern im





Stuhle aufmerksam gemacht, einige Gramm des ätherischen Extractes von Filis Mas verordnete. Nach Abgang des Bandwurmes kehrten die Anfälle nicht wieder. Seither sind 4 Jahre verstrichen und der Mann befindet sich vollständig wohl.

302. Gegen ***Anasarca*** empfiehlt ***Aulde*** folgende arzneiliche Verbindung:

Rp. *Extract. Cact. fluid.* 10·0,
*Liquor. arsenical. Fowleri gtt.* 36,
*Tinct. Gentian.* 100·0.

S. Jede vierte Stunde 1 Theelöffel voll mit Wasser zu nehmen.

(Bull. génér. de thérap. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 15.)

303. ***Geheimnisse der Backstube.*** Die Münchener Bäckergesellen haben sich an den Magistrat mit der Bitte gewandt, er möge die Bäckermeister anhalten, ausgiebiger als bisher Handtücher zum Schweissabtrocknen zu geben. Da sie alle Woche per Mann nur ein Handtuch bekämen, müssten sie den Schweiss an den Tüchern abtrocknen, auf welche die Semmeln vor dem Backen gelegt werden! Drastischer als durch diese Bittschrift kann die unsaubere Art der Zubereitung des Brodes in vielen kleinen Bäckereien nicht aufgedeckt werden. Diese fehlenden Handtücher stellen nicht einmal den wundesten Punkt dar. Ueberall, wo das Kneten des Teiges durch unreinliche Menschenhände geschieht, ist das Product ein „bedenkliches", weshalb solchem Brode der Vorzug zu geben ist, das mit Maschinen bearbeitet wurde. Die Nothwendigkeit einer strengen Aufsicht über die Backstube wird auch durch folgenden, aus Berlin gemeldeten Vorfall erhärtet. Ein Officier, der in einem vornehmen Hôtel der Behrenstrasse zu Mittag speiste, wurde beim Essen eines Brödchens von plötzlichem Unwohlsein befallen. Da er sofort Verdacht schöpfte, dass die Schuld an dem Backwerk liege, so wurde der Gerichtschemiker *Dr. Bein* hinzugezogen, um eine Untersuchung des erst theilweise verzehrten Weissbrödchens vorzunehmen. Es stellte sich heraus, dass in dem Brode sich mehrere Gramm eines Phosphorteiges befanden, welche nach dem Urtheil des Sachverständigen beim vollständigen Genuss des Brödchens genügt hätten, den Officier zu tödten! (Med. Neuigkeiten. 1893. 8.)

304. ***Vergiftung mittelst Büchsenconserven.*** Nach ***W. M. Hamlet*** muss man beim Genuss von Büchsenconserven darauf achten, dass 1. die Innenwand einer Büchse vollständig rein und unangegriffen ist, dass 2. Büchsen mit Fleisch oder Zunge mit viel Fett, solche Sardinen enthaltend, mit reinem Olivenöl voll angefüllt seien. Eine Büchse Sardinen, aus welcher durch irgend welche Ursache das Oel ausgelaufen ist, muss auf jeden Fall verworfen werden. 3. Der Büchseninhalt soll, ganz besonders in der heissen Jahreszeit, umgehend verzehrt und das, was übrig bleibt, als ungeeignet zum Genuss vernichtet werden.

(Pharmac. Centralhalle 1893. 11.)

---

## Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

*Arnold, Dr. Carl*, Professor der Chemie an der königl. thierärztlichen Hochschule zu Hannover, Repetitorium der Chemie. Mit besonderer Berücksichtigung der für die Medicin wichtigen Verbindungen, sowie des „Arzneibuches für das Deutsche Reich", namentlich zum Gebrauche für Mediciner und Pharmaceuten, bearbeitet von —. Fünfte verbesserte und ergänzte Auflage. Hamburg und Leipzig 1893, Verlag von Leopold Voss.

*Borntraeger, Dr. J.*, Kreisphysikus, Marinestabsarzt a. D. Desinfection oder Verhütung und Vertreibung ansteckender Krankheiten für Aerzte, Verwaltungsbeamten und Gebildete jedes Berufes. Leipzig 1893, Verlag von H. Hartung & Sohn (G. M. Herzog).

*Brücke E. v., Cumming W., Helmholtz H. v.* und *Ruete, C. G. Theod.* Das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels. Dargestellt in Abhandlungen von —. Mit 12 Abbildungen im Text. (Aeltere Beiträge zur Physiologie der Sinnesorgane in Neudrücken und Uebersetzungen, herausgegeben von Arthur König, Professor an der Universität Berlin. I. Theil.) Hamburg und Leipzig 1893, Verlag von Leopold Voss.

*Esser, Dr. Josef* (Boppard a. Rh.). Zur Therapie der Retroflexio uteri. Dissertationsschrift der Universität Bonn 1893.

*Fritsch, Heinrich*, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Geheimer Medicinalrath, Director der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau. Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrganges 1891/92 (1. IV. 1891 bis 31. III. 1892). Berlin 1893, Verlag von Friedrich Wreden.



*Guttmann, Dr. G.*, Augenarzt in Berlin. Grundriss der Augenheilkunde. Ein Compendium für Studirende und Aerzte. Stuttgart 1893, Verlag von Ferd. Enke.

*Kobert, Dr. Rudolf*, kaiserl. russischer Staatsrath, o. Professor der Pharmakologie und der Diätetik und Director des pharmakologischen Institutes der Universität Dorpat. Lehrbuch der Intoxicationen. Stuttgart 1893, Verlag von Ferd. Enke

*Mair, Dr. Ignaz*, königl. bayerischer Bezirksarzt I. Cl. a. D. Gerichtlich-medicinische Casuistik der Kunstfehler. Eine Sammlung der in der deutschen Literatur veröffentlichten Fälle ärztlicher Unglücke und von Aerzten mit Uebertretung ihrer Berufspflichten begangener fahrlässiger Tödtungen und Körperverletzungen. Für Aerzte, Staatsanwälte, Richter und Rechtsanwälte epikritisch bearbeitet in einzelnen Abtheilungen von —. II. Abtheilung: Antiseptik Narcose. Berlin und Neuwied 1893. Heuser's Verlag.

*Politzer, Dr. Adam*, k. k. a. ö. Professor der Ohrenheilkunde an der Wiener Universität, Vorstand der k k. Universitätsklinik für Ohrenkranke im allgemeinen Krankenhause, k. k. Armen-Ohrenarzt der Stadt Wien. Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende. Stuttgart 1893, Verlag von Ferd. Enke.

Real-Lexikon der medicinischen Propädeutik (Anatomie, Physiologie, Histologie, pathologische Anatomie, allgemeine Pathologie, Bacteriologie, physiologische Psychologie, medicinische Chemie, Physik und Zoologie). Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte. Unter Mitwirkung hervorragender Fachmänner, herausgegeben von *Dr. Johannes Gad*, a. o. Professor der Physiologie a. d. Universität Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. 1.—10. Lieferung. Wien und Leipzig 1893. Urban und Schwarzenberg.

*Thoma, Dr. R.*, o. Professor der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie, Director des pathologischen Institutes der Universität Dorpat. Untersuchungen über die Histogenese und Histomechanik des Gefässsystems. Stuttgart 1893. Verlag von Ferd. Enke.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.




Allein ächter
Fleisch-Extract
IN
PORTIONEN
à
8 Kr.
131





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

305. ***Beitrag zur Kenntniss der motorischen Thätigkeit des Magens bei kleinen Kindern.*** *Von S. A. Pfannenstill, Stockholm. (Nordiskt med. Ark. 1892. 10.)*

306. ***Untersuchungen über das Resorptionsvermögen der Magenschleimhaut bei kleinen Kindern.*** *Von S. A. Pfannenstill. (Ebenda 1892. 17.)*

Zur Erkenntniss der motorischen Thätigkeit des Magens einerseits und des Resorptionsvermögens der Magenschleimhaut andererseits benutzt man neuerdings die Elimination gewisser Substanzen. Bei ersterer des Salols nach *Ewald* und *Huber*, bei letzterer des Jodkaliums nach *Pentzold-Faber*. Versuche, welche Verf. im grossen Kinderhause zu Stockholm in der Absicht angestellt hat, das Verhalten gesunder und kranker Kinder im ersten Lebensjahre in dieser Beziehung festzustellen, ergaben, dass die Ausscheidung des Salols keine Abweichung von dem Verhalten bei Erwachsenen zeigt, so dass die Eisenchloridreaction in 40—60 Minuten eintritt und in 27—28 Stunden ein Ende hat. Verdauungsstörungen (Cholera infantum, acute und chronische Gastritis. Enteritis und Gastroenteritis) beeinflussen den Zeitpunkt des ersten Auftretens der Reaction nicht, schieben dagegen das Ende stark hinaus, so dass die Reaction noch nach 124—144 Stunden nachgewiesen werden kann. Man hat daher bei Kindern in den ersten Lebensjahren nicht auf den Eintritt der Reaction, sondern auf deren Verschwinden zu achten. Jod lässt sich nach Darreichung von Jodkalium erst einige Minuten später als bei Erwachsenen nachweisen und bei dyspeptischen Störungen findet es sich erheblich später (erst in 25—45 Minuten). *Husemann.*

307. ***Allgemeine Krämpfe in Folge von Alkoholismus.*** *Von S. Laache. (Norsk Magazin for Laegevidensk. 1893. 1, pag. 1.)*

Die convulsivische Form des Alkoholismus scheint in Norwegen verhältnissmässig selten zu sein; wenigstens ist es Verf. nicht gelungen, seit 1884 mehr als 7 Fälle in der medicinischen Abtheilung des Krankenhauses in Christiania zu constatiren, während z. B. in Dänemark 12·9, in Hamburg 27% der Alkoholisten an sogenannter Epilepsia alcoholica leiden sollen. Alle Ergriffenen waren Alkoholisten und die Anfälle traten in der Regel nach dem Genusse von Spirituosen ein. Die Anfälle weichen von typischer Epilepsie sehr ab und stellen sich überwiegend als tonischtetanischer Zustand der gesammten Musculatur und insbesondere des Rückgrates dar; doch gibt es auch Fälle, bei denen die Aehnlichkeit mit Epilepsie grösser ist. In einzelnen Fällen wird im





Anfalle Anästhesie constatirt. Bei dem einen Kranken des Verf. war diese so bedeutend, dass eine Stecknadel bis zum Kopfe ohne jede Reaction in die Haut eingestochen werden konnte; dagegen blieb die Harnröhrenschleimhaut empfindlich, so dass die Einführung eines Catheters äusserst gewaltsame Bewegungen auslöste. In einem anderen Falle lag starke Erhöhung der Reflexaction vor, so dass die leichteste Berührung Reflexkrämpfe hervorrief, ein Verhalten, auf welches auch *Lancereaux* früher schon aufmerksam gemacht hat. Bei den beiden erwähnten Kranken war das von *Dagonet* als charakteristisch betrachtete häufige Auftreten rasch aufeinander folgender Anfälle vorhanden; doch sind zweifelsohne, namentlich nach den ausgedehnten Erfahrungen von *Dethlefsen* in Kopenhagen, isolirte Anfälle häufiger. Albuminurie wurde nur in einem einzigen Falle beobachtet. Auffallend war bei einem Patienten das Verhalten des Pulses, der stark gespannt erschien und gleichzeitig ausgesprochene Elasticitätsschwingungen zeigte, ähnlich wie er vom Verf. bei Kindern mit Herzhypertrophie nach Nephritis beobachtet wurde. Die Erscheinung schwand in einigen Tagen und ist vielleicht nicht als directe Alkoholwirkung, sondern als Folge starker Muskelaufregung zu betrachten. Beziehungen zu bestimmten Branntweinsorten, wie in Frankreich zum Absinth, lassen sich in Norwegen nicht nachweisen; der Amylalkohol (Fuselöl) ist unbetheiligt. Als Gelegenheitsursache zu Alkoholkrämpfen erscheinen mitunter Blut- oder Säfteverlust, äussere Läsionen, Mangel an Schlaf, in der Regel aber eine über das gewöhnliche Mass hinausgehende Alkoholmenge. Abstinenz führte in keinem der Fälle zum Auftreten der Krämpfe. In einzelnen Fällen war der Krampf Vorläufer von Delirium tremens. Die Prognose ist nur dann günstig, wenn die Alkoholzufuhr aufhört. In den Anfällen selbst ist die Anwendung von Chloral als Schlafmittel, auch prophylactisch gegen das zu erwartende Delirium, rationell. *Th. Husemann.*

308. ***Ueber Leukocytose nach Kälteeinwirkung.*** *Von Prof. Dr.* ***W. Winternitz.*** *Vorläufige Mittheilung. Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 3. Februar 1893. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 9.)*

Bei Gelegenheit einer Untersuchung über das Verhalten der Blutkörperchen und ihrer Anzahl vor und nach Kälteeinwirkungen fiel es Verf. auf, dass das numerische Verhältniss der weissen zu den rothen Blutkörperchen eine Abänderung erleidet, darin bestehend, dass, während vor Kälteeinwirkungen ein weisses Blutkörperchen (in der *Thoma-Zeiss*'schen Zählkammer auf (400—800 und mehr rothe Blutkörperchen kommt, nach Kälteeinwirkungen, und zwar unmittelbar nach derselben, auf dieselbe Anzahl rother Blutkörperchen 2, selbst 3 weisse aufgefunden werden können. Diese Beobachtung wurde sowohl bei normalen Menschen, als auch bei Fieberkranken gemacht. Die bisherigen Untersuchungen ergaben, dass noch eine halbe Stunde nach der Kälteeinwirkung in allen Fällen diese Vermehrung der Leukocyten zu constatiren war; in einzelnen Fällen war diese noch nach 2 Stunden festzustellen. Es wird also durch Abkühlung geradezu eine Leukocytose hervorgerufen. Ist es nun richtig, dass die Leukocyten die eigen-

lichen Phagocyten sind, so ist die Bedeutung dieser Beobachtung wohl selbstverständlich. Der günstige Einfluss des kalten Wassers auf Innervation, Circulation, Gefäss- und Gewebetonus, Stoffwechsel, Secrete und Excrete mag wohl manche günstige, symptomatische Wirkung der Wassercur bei Fieberkrankheiten erklären. Ein Einfluss auf die Toxine und auf die pathogenen Mikroorganismen selbst konnte jedoch durch die gedachten symptomatischen Wirkungen nicht festgestellt werden. Schon näher kam man der Annahme einer directen Beeinflussung der Infection durch das kalte Wasser, als durch *Roque* und *Weil* erwiesen wurde, dass unter der Wasserbehandlung im Typhus der urotoxische Coefficient im Urin (Methode *Bouchard*) um ein sehr Beträchtliches gegen den Normalzustand und gegen den nicht oder anders behandelten Typhus zunehme (um das 6—8fache). Hier lag also der Nachweis vor, dass unter der Wassercur im Körper angehäufte und gebildete Toxine in vermehrtem Masse ausgeschieden werden. Wird aber durch das Wasser noch ausserdem eine Leukocytose bewirkt, so wäre dies geeignet, den diätetischen und prophylactischen Werth der Hydrotherapie insofern zu erweisen, als durch die zeitweilige Ueberführung einer grösseren Leukocytenmenge in den Kreislauf, in denselben eingedrungene pathogene Organismen durch diese der Vernichtung anheimfallen könnten. Die Coupirung mancher Infectionskrankheit, wenn gleich beim Beginne derselben eine Wassercur eingeleitet würde, wäre nun auch verständlicher. Die artificielle Leukocytose würde, so könnte man annehmen, die im Beginne der Erkrankung noch geringe Zahl der pathogenen Mikroorganismen besiegen.

Die Ansicht, nach welcher der Leukocytose, und also hier der künstlich bewirkten Leukocytose durch die Kälte, eine solche Bedeutung zukommt, ist nicht alleinstehend. *Jaksch* stellt die Prognose bei seinen Pneumonikern geradezu nach dem Grade der Leukocytose und wendet therapeutische Mittel an, um die Leukocyten im kreisenden Blute zu vermehren: Nuclein, Pilocarpin. Am letzten Internistencongresse in Rom hat *Rovighi* die Mittheilung gemacht, dass bei Kaninchen Wärmeeinwirkung die Zahl der Leukocyten um etwa zwei Drittel herabsetzt, Kälte sie auf das Doppelte vermehrt, auch hat *Rovighi* schon die Thatsache der Leukocytose nach Kälte beim Menschen constatirt. Die Frage nach der Provenienz der Leukocyten auf die Kälteanwendung ist freilich nur vermuthungsweise zu lösen. Die Verkleinerung der Milz bei Kälteapplication auf die Körperoberfläche ist längst erwiesen, ebenso Steigerung von Blutdruck und Blutstrom. Es ist nicht undenkbar, dass aus Leber, Milz, Knochenmark unter solcher Einwirkung vermehrte Leukocyten in die Blutbahn überführt werden. *—sch.*

309. ***Beitrag zur Kenntniss der Chorea, unter Berücksichtigung ihres Zusammenhanges mit Rheumatismus und Herzkrankheiten.*** *Von* ***Walton*** *and* ***Vickery.*** *(Amer. Journ. of the med. science. 1892. Mai. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 9.)*

Die Frage nach dem Zusammenhange von Rheumatismus, Herzerkrankung und Chorea ist in der Literatur sehr verschieden beantwortet worden; die Statistiken leiden theilweise an Unge-

nauigkeit, die Ansichten weichen zum Theil weit von einander ab; so erklären Einige das Zusammentreffen der drei Erkrankungen für rein zufällig, Andere halten sie für Aeusserungen desselben Krankheitsprocesses. Die Verff. benutzten zur Statistik 76 genau beobachtete Fälle von Chorea, in denen insbesondere die Angabe eines überstandenen Rheumatismus, sowie die Frage nach organischer oder unorganischer Herzaffection sorgfältig geprüft wurde. In 36 Fällen fehlte Rheumatismus wie Herzkrankheit; 3mal war nur Rheumatismus, 11mal nur organisches Herzleiden, 10mal beide Krankheiten, 11mal functionelle Herzstörung, 5mal Rheumatismus mit Störung der Herzthätigkeit vorhanden. Auf Grund ihrer eigenen Ergebnisse, sowie der Literatur stellen sie die beiden Sätze auf: 1. Chorea kann sicher entstehen, ohne dass Rheumatismus oder Herzleiden voraufgingen; 2. das Zusammentreffen von Rheumatismus sowohl wie von Herzleiden mit Chorea ist zu häufig, als dass es rein zufällig sein könnte. Die Natur der Chorea ist noch dunkel; noch ist unentschieden, ob es eine rein functionelle Erkrankung ist, oder ob organische Veränderungen zu Grunde liegen: wahrscheinlich kommt beides vor; die schweren Fälle, die zur Autopsie kommen, zeigen oft Veränderungen im Hirn, besonders kleine Embolien. Dass Chorea als reine Reflexneurose auftreten kann, beweist ihr Vorkommen während der Menstruation und im Wochenbett, nach Schreck, Trauma. Verff. neigen zu der Ansicht, dass sie in ähnlicher Weise als Reflexneurose bei Gelenkerkrankung vorkommen könne, und weisen darauf hin, dass mehrfache Beziehungen zwischen dieser Krankheit und functionellen Neurosen bestehen. Dagegen glauben sie, dass die Chorea bei Herzkrankheiten ohne Gelenkrheumatismus eher durch organische Veränderungen im Hirn (Embolien oder andere Störungen des Blutzuflusses) oder durch übergrosse Erregbarkeit des Hirns in Folge der schlechten Beschaffenheit des Blutes zu erklären seien. Das Verhältniss, in dem beide Geschlechter von der Chorea ergriffen werden, wird in einer Curve dargestellt; bis zum 9. Jahr ist die Betheiligung etwa gleich, dann sinkt die Zahl der Erkrankungen bei den Knaben stark ab, während sie bei den Mädchen erst mit dem 12. Jahr den Höhepunkt erreicht.

310. ***Zum Begriffe des Genius epidemicus.*** *Von Dr.* ***Otto Lanz****. Aus der chir. Klinik in Bern. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 11.)*

Von acht Patienten, welche von Prof. *Kocher* wegen Struma operirt wurden (Excision), erkrankten im Laufe der beiden nächstfolgenden Tage fünf an Pneumonie. Dabei war der Wundverlauf ein ganz tadelloser. Für diesen auffälligen Pneumonieausbruch konnte die Erklärung mit Sicherheit in dem Umstand gefunden werden, dass zur selben Zeit auf der Abtheilung drei Fälle von Strumitis lagen, bei welchen der *Fraenkel*'sche Pneumococcus nachgewiesen und durch Thierimpfung und Cultur von Prof. *Tavel* bestätigt war. Die erwähnten Pneumonien traten mit Ausnahme eines Falles gerade in den Krankenzimmern auf, in denen die metapneumonischen Strumitiden sich befanden. Es liess sich ferner feststellen, dass eine dieser Strumitispatientinnen ziemlich reichlich expectorirte und den Auswurf in ihrem Taschentuch deponirte:



das Sputum wimmelte von den *Fraenkel*'schen Pneumococcen. Der Verdacht der Infection wurde zur Gewissheit, als es gelang, im Auswurf von vier der pneumoniekranken Strumectomirten wieder den gleichen Pneumoniecoccus in Menge nachzuweisen. Die Thatsache, dass innerhalb 14 Tagen drei Fälle von Strumitis, einer selbst in Kropfgegenden recht seltenen Affection, zur Beobachtung kamen, welchen sämmtlich der Entzündungserreger der Pneumonie zu Grunde lag, ist nach Verf. im Zusammenhang mit der erwähnten Pneumococcen-Zimmerepidemie geeignet, ein Streiflicht auf einen die frühere Medicin beherrschenden, jetzt allerdings ausser Uebung gekommenen Begriff, die sogenannte Constitutio sc. morbi, zu werfen. *Hippokrates* ging von der Beobachtung aus, dass gewisse Krankheitsformen mit Vorliebe oder sogar fast ausschliesslich zu gewissen Jahreszeiten auftreten, er verstand unter der Bezeichnung Katastatis den Charakter der Atmosphäre, welcher durch die Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse bestimmt werde. *Sydenham* nahm den Begriff wieder auf; seine Lehre unterschied sich aber von der des *Hippokrates* darin, dass er die Constitutio nicht von atmosphärischen Einflüssen abhängen lässt, sondern von einer Veränderung im Erdinnern, die zu Ausdünstungen Anlass gibt, während die atmosphärischen Factoren nur insofern einen Einfluss äussern, als sie zu der Erkrankung „disponiren". Verf. ist der Ansicht, dass die beiden Hauptpunkte der Hippokratischen Lehre sich nicht ganz wegleugnen lassen, „sondern dass wirklich 1. die acuten Krankheiten im Allgemeinen eine gewisse Regelmässigkeit der Aufeinanderfolge besitzen, dass je nach der Jahreszeit die eine oder andere dieser Krankheiten vorherrschend ist; 2. dass die gleichen Krankheiten in verschiedenen Jahren verschiedenartig auftreten, während verschiedene Krankheiten, die zu gleicher Zeit herrschen, oft eine ausgesprochene Analogie der Krankheitsbilder darbieten. Und dieser gemeinsame Charakterzug, der den verschiedenartigen coexistirenden Krankheiten eigen ist, wird als „Genius epidemicus" bezeichnet".

Auf diesen alten unklaren Begriff hat nun die Bacteriologie ein neues Licht geworfen. Wir wissen jetzt: „Der Genius epidemicus ist nicht die Resultante der verschiedenen kosmischen und atmosphärischen Einflüsse, sondern die bestimmende Endursache ist der pathogene Mikroorganismus." Dass in der Reihe der Factoren, welche den Begriff der Disposition ausmachen, auch klimatische Verhältnisse eine Rolle spielen, soll nicht geleugnet werden. Gerade für die Genese der Respirationskrankheiten ist das klimatische Element das wichtigste; die Pneumonie tritt epidemisch auf in Klimaten und Jahreszeiten, welche durch ihre ungünstige Witterungsconstitution die Schleimhäute der Luftwege schädigen; ähnlich verhält es sich mit anderen epidemischen Athmungskrankheiten: Influenza, Keuchhusten, Diphtherie. Dass auch die Windrichtung von Bedeutung sein kann, haben Untersuchungen ergeben, nach welchen der Landwind viel keimreicher ist als der Seewind. Die Complication von Krankheiten lässt sich öfter darauf zurückführen, dass eine vorausgegangene Krankheit den Körper abgeschwächt und für eine weitere Erkrankung empfänglich gemacht hat. Von entscheidendem Einfluss auf den



Genius epidemicus ist die verschiedene Virulenz des Infectionsträgers.

Dass während der beobachteten Pneumonieepidemie der Genius epidemicus unter dem Zeichen des *Fraenkel*'schen Pneumococcus stand, das beweisen nach Verf. mehrfache, von ihm und Anderen gleichzeitig gemachte Beobachtungen, Fälle von Pneumonie, von Empyem, von Meningitis, bei welchen übereinstimmend der *Fraenkel*sche Kapselcoccus gefunden wurde. „Dass im Spitale die Pneumonien wesentlich im Anschluss an die Operation auftreten, erklärt den Begriff der Disposition auf's Prägnanteste: Es hatte eine Schädlichkeit, die Narcose, die Schleimhaut der Luftwege, und eine andere, der operative Eingriff, den Körper betroffen, und dadurch waren die normalen Widerstände für die Fortpflanzungsfähigkeit des Infectionsträgers ausgeschaltet." Die vorstehende Mittheilung liefert nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Frage der Contagiosität der Pneumonie, sondern es geht auch daraus hervor, wie wichtig es ist, das infectiöse Sputum der Pneumoniker unschädlich zu machen. Auf Grund der vorliegenden Beobachtung hat Prof. *Kocher* in seinem Krankendienste als specielle prophylactische Massregel angeordnet, dass den Vorschriften für die Vorbereitung auf die Narcose die allgemein obligatorische antiseptische Mundtoilette hinzugefügt werde. *—r.*

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

311. ***Die wirksamen Bestandtheile des Taumellolchs.*** *Von* ***Franz Hofmeister.*** *(Arch. f. experim. Path. u. Pharm. 1892. XXX, 3 u. 4, pag. 202. — Schmidt's Jahrb. 1893. 3.)*

Aus der Casuistik über die Vergiftung durch Taumellolch Lolium temulentum ergeben sich nach Verf. 2 Gruppen von Symptomen: 1. Symptome von Seiten des Nervensystems, namentlich des Grosshirns (narcoseartige Wirkungen), der Sinnesorgane und des Wärmeregulirungsapparates; 2. Symptome Seitens des Verdauungstractus, Appetitverlust, Erbrechen und Durchfall. Da beide Symptomenreihen unabhängig von einander zur Entwickelung kommen können, lässt sich erwarten, dass die Ursache der Vergiftung in zwei verschiedenen Stoffen gelegen ist, einem Nervengift von eigenartiger Wirksamkeit, das als Träger der typischen Giftwirkung anzusehen ist, und einem local reizenden Gift, welches bei innerer Darreichung die Reizsymptome seitens des Darmcanales hervorruft. Als wirksames Princip isolirte Verf. ein Alkaloid, das er Temulin nennt und dessen salzsaures Salz die Zusammensetzung $C_7H_{12}N_2O . 2HCl$ hat. Es ist ein Pyridinderivat, welches ausserdem noch einen Ammoniakrest enthält, daher eine 2säurige Base ist. Die gewöhnlichen Wirkungen am Warmblüter sind ähnlich denen am Kaltblüter und bestehen in Aufhören der willkürlichen Bewegungen, Betäubung, rauschartigem Zustand, Schläfrigkeit, Taumeln, tastendem, höchst unsicherem Gang und lähmungsartiger Schwäche der Glieder. Im Beginn kann die Athmungszahl erhöht sein, später tritt Verlang-



samung und Verflachung der Athmung ein. Respirationsstillstand ist beim Warmblüter regelmässig die Todesursache. Veränderungen im centralen Wärmeregulirungsapparate äussern sich zunächst in einer sehr deutlichen Herabsetzung der Bluttemperatur, welche dann aber für längere Zeit über die Norm ansteigt unter fibrillären Muskelcontractionen, die auffallend an Schüttelfrost erinnern. Organe mit glatter Musculatur wurden durch Temulin nach Art des Atropin beeinflusst, Drüsensecretionen dagegen blieben verschont. Am Kreislauf zeigt sich besonders beim Froschherz Pulsverlangsamung, die nicht durch Vermittelung des Vagus zu Stande kommt, also von einer Narcose der automatischen Herzganglien abhängig ist. Bezüglich des Gefässnervencentrums der Warmblüter, welches zwar selbst intact bleibt, äussert das Temulin einen bemerkenswerthen Einfluss in der Art, dass es die sensible Reize zuführenden Bahnen im Centrum lähmt, so dass weder Reizung sensibler Nerven, noch Erstickung den Blutdruck in die Höhe zu treiben im Stande sind. Mit der Darmwirkung des Taumellolchs (Uebelkeit, Erbrechen und Durchfall), steht das Temulin in keiner Beziehung, sondern die Erreger derselben sind die in den Samen vorhandenen Fette und Fettsäuren, welche mit Petroläther extrahirt eine von Chlorophyll grün gefärbte halbkrystallinische, salbenartige Masse von ranzigem, kratzendem Geschmack darstellen. Diese Masse erregt bei Katzen regelmässig Erbrechen und zumeist auch Durchfall.

312. ***Tribromphenol.*** *Von Dr. J. Grimm, Arzt in Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Verf. beschäftigt sich schon seit dem Jahre 1844 mit der Anwendbarkeit des Tibromphenols ($C_6H_2Br_3 . OH$) für die medicinische Praxis. In einem in der Deutsch. med. Wochenschr. 1887 veröffentlichten Aufsatze wurde die bacterienfeindliche Leistungsfähigkeit des Tribromphenols festgestellt und es wurden in verschiedener Abänderung des Einverleibungsmodus Thierversuche angestellt. Verf. hat an Selbstversuchen gezeigt, dass 0·5 pro dosi und 1·0 pro die ohne Schaden genommen werden können und hat es dann auch Patienten gegeben. Es wurde sein Verhalten zu Wunden, zur äusseren Haut, zu Schleimhäuten untersucht und Verf. kam damals zum Schluss: „Die Eigenschaft des Tribromphenols, in saurem Magensafte unlöslich zu sein und im Darme erst allmälig gelöst zu werden, legen einen Versuch der Desinfection des Darmes bei Infectionskrankheiten, Geschwüren etc. mit demselben nahe, und es dürfte an Energie von keinem der bis jetzt dazu verwendbaren organischen Mittel erreicht werden.“ In den letzten Jahren nun hatte Verf. im Norden Japans ein sehr vielseitiges und grosses Krankenmaterial zur Verfügung. Angesichts der grossen Choleragefahr in Japan aber und der geringen Leistung der Therapie bei der Cholera hat Verf. stets eine grössere Quantität, etwa 1 Kgrm., von Tribromphenol vorräthig gehalten, um für einen Versuch damit bei dem Ausbruche einer Choleraepidemie für den Anfang gedeckt zu sein. Gleichzeitig hielt Verf. es für selbstverständlich, die Toleranz des menschlichen Körpers gegen Tribromphenol weiter zu prüfen, und da Verf. an sich selbst am besten beobachten konnte, hat er öfters während der

Dienstzeit im Krankenhause, etwa zwischen 9 und 3 Uhr, bis zu 5 Grm. Tribromphenol genommen. Während dieser Zeit pflegte Verf. keine weitere Nahrung zu geniessen und ist an den Versuchstagen wie gewöhnlich seinem Berufe — bei einem jährlichen Verkehr im Hause von 11- bis 12.000 Kranken — nachgegangen, ohne andere Nachtheile davon zu haben, „als leichtes Unbehagen im Leibe und etwas unangenehmen Geschmack im Munde". Bei leichteren und einigen hartnäckigen Diarrhoen, bei leichten Dysenterien trat einigemale schnelle Heilung nach Verordnung von Tribromphenol ein. Schwere Dysenterieepidemien kamen in Verf.'s Clientel nicht vor; Verf. hält das Mittel gerade bei dieser Krankheit für vielversprechend. Anchylostoma duodenale schien auf kleine Gaben nicht zu reagiren. Grosse Dosen wagte Verf. bei seinen heruntergekommenen Patienten nicht zu geben. Bothriocephalus latus und Taenia mediocanellata gingen bei mittleren Dosen: 0·1—0·2, 5—10mal, regelmässig ab.

313. ***Ueber die Indicationen und Contraindicationen der Seebäder bei Kindern.*** *Von Dr.* ***Jules Simon****, Paris. (Memorabilien. XXXVI. 8.)*

Kindern unter 2 Jahren soll man kein kaltes Seebad geben. Das Seebad ist ferner contraindicirt bei nervösen Kindern, die sehr aufgeregt sind und die einen sehr leichten Schlaf haben. Bei diesen erhöht das Seebad die Erregbarkeit, verscheucht den Schlaf und macht die Kinder ganz unerträglich. Man sieht oft bei solchen Kindern nach Gebrauch von Seebädern furchtbare Zornausbrüche und selbst häufig Convulsionen. Kinder, die an Epilepsie, Hysterie oder Chorea leiden, werden von Seebädern sehr schlecht beeinflusst, es treten oft wieder Anfälle auf, die verschwinden, sobald man die Kinder von der See entfernt. Kinder mit Gehirnsclerose oder Paralysen befinden sich sehr schlecht am Meeresstrande, und zwar selbst dann, wenn sie nicht baden. Kinder mit Rheumatismus mit oder ohne Herzerkrankungen, oder die an sogenannten Wachsthumsschmerzen leiden, dürfen nicht an den Meeresstrand geführt werden. Acute und chronische Ophthalmien, Ohrenkrankheiten, sowie sämmtliche Hauterkrankungen sind eine Contraindication für Seebäder. Als weitere Gegenanzeigen führt Verf. an: Lungentuberculose in der Entwicklung, Emphysem, chronische Bronchitis, Morbus Brightii, sowie alle schmerzhaften Erkrankungen des Beckens. Angezeigt sind die Seebäder bei gewissen Formen der Tuberculose, tuberculösen Drüsenschwellungen, ebensolchen Periostitiden, tuberculösen Knochen- und Gelenkserkrankungen, aber nur dann, wenn die Kinder bereits auf Krücken sich bewegen können; auch Kinder mit tuberculöser Spondylitis können Seeaufenthalte nehmen unter der Bedingung, dass sie liegend gehalten werden. Absolut indicirt ist der Seeaufenthalt bei Rachitis, für die See sind ferner geeignet reconvalescente Kinder nach schweren Krankheiten, nicht aber nach Scharlach, Masern oder Diphtherie, weil bei dieser eine Erkältung leicht zu unangenehmen Folgen führen könnte. Hat man ein Kind in ein Seebad geschickt, so sind den Eltern folgende Vorschriften zu geben: Das Kind muss 5—6 Tage im Orte bleiben, ohne zu baden, das erste Bad darf kaum mehr als einige Secunden betragen, am



2. Tage Pause, am 3. bleibt das Kind etwas länger im Wasser und so fort; aber selbst wenn die Angewöhnung schon stattgefunden hat, dürfen die Bäder nicht länger als 5—6 Minuten dauern. Tritt während oder nach dem Bade keine Reaction ein, oder ist die Erregung eine grosse, so müssen die kalten Bäder ausgesetzt und warme Seebäder gegeben werden. Nach dreiwöchentlicher Dauer müssen die Bäder sistirt und können erst nach einer mehrtägigen Pause wieder aufgenommen werden.

314. ***Ueber die Erhöhung der Milchsecretion bei säugenden Frauen und Thieren.*** *Von* ***Alex. Harkin.*** *(Der prakt. Arzt. 1893. 2.)*

Seit einem halben Jahrhundert hat sich sowohl ihm als auch seinen Freunden zur Steigerung der Milchsecretion bei stillenden Frauen ein Mittel als nützlich erwiesen, welches unschädlich ist und weder für die Mutter, noch für das Kind irgend einen Nachtheil zeigt. Das von ihm empfohlene Galactagogum ist das Kal. chloricum, welches er in folgender Weise verordnet:

Rp. *Kali chlorici* 28·0,
*Aqu. dest.* 560·0.
*MDS.* 3mal täglich vor der Mahlzeit 2 Esslöffel.

Schon im Beginne der Behandlung, häufig nach 24 Stunden, merkt die Stillende, dass die Brustdrüsen an Volumen zunehmen; bald zeigt sich auch eine Zunahme der Milchsecretion und eine bessere Ernährung der Kinder. Nicht nur bei Frauen, sondern auch bei säugenden Thieren hat sich dieses Mittel, wie durch mehrere Versuche in grösseren Meiereien festgestellt worden ist, sehr gut bewährt. So wurde bei Kühen und Ziegen zunächst die Milchmenge 4 Tage hindurch Morgens und Abends, vor und ebenso lange Zeit nach Verabreichung von Kal. chloricum bestimmt. Es zeigte sich nun stets während der 4 Tage nach der Verabreichung des Kal. chloricum eine sofortige Zunahme der Milchsecretion bis zu 40%, die noch durch weitere 4 Tage anhielt; dabei war das Kal. chlor. nicht nur ohne Nachtheil für die Thiere, sondern besserte noch das Allgemeinbefinden derselben. In einem Falle, in dem eine Kuh in Folge des Puerperalfiebers die Milch verlor, setzte das Kal. chloricum die Temperatur rasch herunter und stellte die Milchsecretion wieder her. Ist die Milchsecretion erhöht, so erzeugt das Kal. chlor. keinerlei Wirkung. Unmittelbar nach der Entbindung begünstigt es die Milchsecretion, wenn dieselbe fehlt, in erheblichem Masse. (Denkt man an die unangenehmen Wirkungen, welche die innere Medication mit chlorsaurem Kali bei geschwächten Individuen darbietet, dann wird man, unmittelbar nach der Entbindung, das Mittel vorsichtig verabreichen müssen. Red. der „Med.-chir. Rundschau".)

315. ***Neue Behandlungsmethode der Lungenschwindsucht mittelst comprimirter, mit bestimmten Medicamenten gesättigter Luft.*** *Von* ***Germ. Sée.*** *(La médecin modern. 1891. 16 u. 17. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Einem von *P. Guttmann* im Jahre 1889 ausgesprochenen Gedanken folgend, hat Verf. die im Titel genannte Behandlungsmethode seit anderthalb Jahren geübt und mit derselben anscheinend günstige Resultate erreicht. Der Patient wird in ein hermetisch ge-



schlossenes Cabinet gebracht, in welches man langsam die comprimirte, in Creosot und Eukalyptol gebadete Luft einströmen lässt. Der allmälig gesteigerte Druck der Luft darf eine halbe Atmosphäre nicht überschreiten. Die Geschwindigkeit des mit medicamentösen Dämpfen gesättigten Luftstromes beträgt etwa 15 bis 20 Cm. für einen Raum von 5 Ccm. Inhalt. Die Dauer einer Sitzung beträgt gewöhnlich 2 Stunden, bisweilen 3 Stunden und mehr. Die Inhalationen werden so häufig wie möglich vorgenommen. Ueble Folgen haben die Versuche niemals nach sich gezogen. Im Ganzen hat Verf. 12 Patienten mit Lungenleiden (eine Bronchitis simplex, eine Bronchitis putrida und 10 Lungenphthisiker) auf die angegebene Weise seit August 1890 behandelt. Ein Spitzencatarrh und eine putride Bronchitis mit Bronchiectasen wurden in wenigen Wochen geheilt. Ein herabgekommener Patient mit Lungenphthise und starken scrophulösen Drüsen wurde nach dreimonatlicher Behandlung geheilt und hat bis jetzt — 4 Monate lang — kein Recidiv bekommen. Der gleiche Erfolg ist bei einem anderen Scrophulösen erzielt worden. Fast sämmtliche Lungenschwindsüchtige im vorgeschritteneren Stadium ihrer Krankheit haben beträchtliche Besserungen ihrer localen und allgemeinen Krankheitserscheinungen erfahren. Sein Schlussurtheil fasst Verf. (wohl etwas sanguinisch, Red.) dahin zusammen, dass die comprimirte Creosotluft zwar kein Mittel für die definitive Heilung der Lungenphthise, aber doch für ihren völligen Stillstand darstellt.

316. ***Zur Intermittensbehandlung der Kinder.*** *Von Dr.* ***Moncorvo.*** *(Les nouveaux remèdes. 1893. 1.)*

In einer Mittheilung an die Société de thérapeutique in Paris schildert Verf. neuere Methoden der Behandlung des Malariafiebers bei Kindern. Dabei versuchte er 1. Helianthus annuus, welches schon von russischen Aerzten zu gleichen Zwecken empfohlen wurde. Verf. verwendet eine Tinctur, welche er aus den Blättern und Blüthen der Pflanze darstellt. An ungefähr 100 an Malaria leidenden Kindern wurde das Mittel versucht, doch nur bezüglich 61 Kinder konnte der Erfolg controlirt werden (poliklinische Behandlung). Der jüngste Kranke war einen Monat, der älteste 12 Jahre alt. In allen 61 Fällen bewirkte das Medicament Heilung des Fiebers, und zwar ohne dass man irgend einem anderen Umstande noch nebenbei einen günstigen Einfluss hätte zuschreiben können. Die alkoholische Tinctur wurde in einer Tagesdosis von 1—10 Grm. in einer Mixtur, vertheilt in 4—5 zweistündlich gereichten Gaben, genommen. Das Mittel wurde selbst von ganz jungen Kindern fast ausnahmslos gut vertragen. In der Mehrzahl der Fälle erfolgte die Heilung ebenso prompt wie sonst nach Chinin und in keinem der Fälle, in welchen das Mittel consequent fortgenommen wurde, war es nothwendig, zum Chinin Zuflucht zu nehmen, obwohl häufig sehr schwere Fälle in Behandlung standen. Als zweites Mittel versuchte er das von *Guttmann* und *Ehrlich* gegen Malaria empfohlene Methylenblau auch bei Kindern im Alter von 23 Tagen bis 14 Jahren Er gab es zu 20—40 Cgrm. täglich in 4 zweistündlichen Gaben im Getränk. Das Mittel wirkte in $^1/_3$ der Fälle heilend, es wurde von den Kindern ziemlich gut vertragen, nur in einem Fall trat Tenesmus



vesicalis von kurzer Dauer auf. In allen Fällen waren Harn und Stühle blau gefärbt, die Mundschleimhaut war nach 24 Stunden nach dem Aussetzen des Medicamentes blau. Wegen des kaum wahrnehmbaren Geschmackes lässt sich das Mittel den Kindern leicht beibringen. (Die Eltern sind auf die Blaufärbung des Harns und der Schleimhäute im Voraus wohl aufmerksam zu machen. D. Red.) *—sch.*

317. ***Eine neue Behandlungsmethode des Krebses.*** *Von **Carpenter**. (Lehigh Valley Med. Magaz. Vol. III. 4. — Therap. Gaz. 1892. 9. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 12.)*

In einem Falle zeigten sich wenige Monate nach Exstirpation einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse an der Aussenseite des Armes einige kleine Knoten, die rasch an Grösse zunahmen und schliesslich zu einer grossen, vom Olecranon bis gegen 2·5 Cm. unterhalb der Schulter reichenden Geschwulst sich agglomerirten. Die Geschwulst war sowohl mit der allgemeinen Decke als den Geweben ihrer Unterlage verwachsen, erstere hatte eine tiefpurpurne Färbung. Später trat Oedem des Vorderarmes und Schmerz ein. Angesichts dieser Erscheinungen und der constatirten Malignität der Neubildung wurde die Enucleation des Armes im Schultergelenk vorgeschlagen; die Patientin vermochte sich jedoch nicht zu einer abermaligen Operation zu entschliessen, unterzog sich dagegen willig einer internen Behandlung. Zu dieser Zeit waren die Achseldrüsen bereits geschwollen und in der Narbe Knoten vorhanden. Die Cur begann im November und schon nach drei Wochen konnte man eine Besserung constatiren, das Oedem war geschwunden und die Geschwulst merklich kleiner, die Knoten in der Narbe resorbirt und diese vollständig rein. Auch die Drüsen in der Achselhöhle waren bis zur normalen Grösse zurückgegangen. Die Patientin hatte während der Behandlung an Gewicht 5 Pfund zugenommen. Die Behandlung war folgende: Es wurden zwei Mixturen bereitet, die eine bestand aus Extr. liqu. chin. nodos. 37 Grm. und Aq. 325 Grm.; die zweite Extr. liq. lign. guajac. 4 Grm. und Aq. 80 Grm. Von dieser Mixtur hatte die Patientin $^1/_4$ eines Kaffeelöffels mit 2 Esslöffeln der ersteren zu mischen und diese Mischung dreimal täglich zu nehmen. Aeusserlich wurde Morgens und Abends folgende Salbe über der Geschwulst eingerieben: Extr. lign. chin. nodos. 4 Grm. Extr. lign. guajac. 73 Grm., Cer. 37 Grm., Adipis benzoat. 120 Grm. Verf. hat diese Heilmethode in mehreren Fällen angewandt; er bemerkt, dass an Stellen, beziehungsweise jenen Fällen, wo Ulceration vorhanden war, die Chin. nod. weggelassen wurde; die Toleranz gegen das Lign. guajac. bei verschiedenen Individuen sehr variire. Die Anfangsdosis durfte bei empfindlichen Individuen zwei Tropfen nicht überschreiten, da selbst bei dieser Dosis nicht selten Vergiftungssymptome eintraten. Hierbei erwies sich Kaffee als das beste Antidot, deshalb ist auch eine während der ganzen Cur rigorös zu befolgende Regel die, die vollständige Abstinenz von diesem Genussmittel.



# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

318. ***Zur Osteoplastik bei Pseudarthrosen-Operationen.*** *Von Dr.* ***W. Müller****, Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des Luisenhospitals in Aachen. (Centralbl. f. Chir. 1893. 11.)*

Die zuerst von *König* praktisch erprobte Methode, gestielte Hautperiostknochenlappen zum Ersatz von Knochendefecten zu verwenden, hat seit ihrem Bekanntwerden bereits mehrfach Uebertragung auf andere Skeletabschnitte erfahren. Verf. hat das Verfahren in Fällen von Pseudarthrose versucht. Mit den jetzt üblichen Methoden der Knochenanfrischung und Naht, respective Nagelung oder Elfenbeinstifteinlagerung kommt man nicht immer aus, besonders wenn es sich um Parallelknochen handelt. Man muss in solchen Fällen eventuell den nebenliegenden Knochen, z. B. die Fibula bei Tibiapseudarthrose, durchmeisseln, respective reseciren, um die Fragmente des Hauptknochens an einander zu bringen oder auch wohl nach dem Vorschlage von *Hahn* die Fibula in die Tibia implantiren. Verf. hat in einem Falle die eingangs erwähnte Methode der Lappentransplantation versucht und hält den Erfolg für so günstig, um das Verfahren zu empfehlen. Es handelte sich um Pseudarthrosenheilung einer $6^1/_2$ Monate alten complicirten Unterschenkelfractur mit 2 Cm. langem, durch Bindegewebe ersetztem Defect der Tibia. Fibula fest verheilt, relativ zu lang. Nach Anfrischung der Tibiafragmente und Durchmeisselung der Fibula ergibt sich, dass eine Adaption der Fragmente nur mit sehr erheblicher Verkürzung und nach Resection der Fibula möglich wäre. Deshalb Implantation des unteren Fibulafragmentes in das obere Tibiafragment, etwa 1 Cm. tief. Silberdrahtnaht. Es bleibt nun aber noch ein Defect der Tibia von etwa 1 Cm. Um die Vereinigung zu sichern, wird oberhalb der Pseudarthrose ein 2 Cm. breiter, 5—6 Cm. langer, 1 Cm. dicker Hautperiostknochenlappen von der medialen Fläche des Unterschenkels (Tibia) abgemeisselt. Der nach unten gelegene, nur aus Haut und Periost gebildete Stiel wird so gedreht, dass die wunde Fläche des Lappens auf die angemeisselten Flächen der beiden Tibiafragmente brückenartig transplantirt wird. Allseitige exacte Vernähung mit der vorher entsprechend angefrischten Haut. Der durch Abmeisseln des Lappens gesetzte Knochendefect wird durch Hautnähte gedeckt. Die Einheilung des Lappens erfolgte ganz nach Wunsch, mit Bildung einer sehr derben, festen Knochenbrücke. In 8 Wochen war vollkommene Consolidation eineingetreten. Zwei feine Meisselnecrosen, die Verf. nach wenigen Monaten extrahirte, stammten vom unteren Tibiafragment nahe der Silberdrahtnaht, an der äusseren Kante, sie hatten längere Zeit zwei Fisteln unterhalten, sonst keine Störung bedingt. Die Verkürzung des Unterschenkels, die vor der Operation $2^1/_2$ Cm. betrug, beträgt jetzt, 8 Monate später, 4 Cm. Verf. hat in diesem Falle, um sicher zu gehen und keine allzustarke Verkürzung zu erhalten, die Fibula in die Tibia implantirt, glaubt aber, dass er es nicht nöthig gehabt hätte, da der transplantirte Hautperiostknochenlappen — in seinem knöchernen Theil reichlich $^1/_2$ Cm. [illegible] — in der Folge eine weit dickere Knochenbrücke producirt




hat. Es lässt sich auf dem beschriebenen Wege, wenn man die Knochenbrücke nur dick genug ausmeisselt, wohl öfter die Resection des Nachbarknochens, der gewissermassen als Schiene dienen kann, umgehen und eine weitere Verkürzung durch die Operation in Folge dessen vermeiden. Natürlich ist die Anwendung dieses Verfahrens eine beschränkte und nur da angängig, wo Knochen nur oder fast nur von Haut bedeckt ist. —*r.*

319. ***Die späteren Schicksale des Plattfusses.*** *Von Prof.* ***A. Lücke.*** *(Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXIV. — Centralbl. f. med. Wissensch. 1893. 4.)*

Die Plattfussbeschwerden hängen von theilweise sehr verschiedenen Umständen ab, von der Ausbildung der Beinmusculatur, von der Schnelligkeit der Entwicklung und dem etwaigen Vorhandensein hereditärer Verhältnisse, ferner von der Einwirkung starker Belastung und dem früheren oder späteren Eintritt von Anchylose zwischen den sich gegeneinander verschiebenden abnormen Berührungsflächen der Fusswurzelknochen. Beim stationär gewordenen schmerzlosen Plattfuss bilden die bleibenden Veränderungen in der Musculatur, in der Gelenk- und Knochenformation, in der Circulation Vorbedingungen für mancherlei Erkrankungen, welche sich durch Wiederauftreten der Schmerzen oder Zunahme der Stellungsanomalien mit scheinbar entzündlichen Erscheinungen äussern. Die häufigste Ursache der Plattfussrecidive ist ein Trauma; war der Plattfuss vorher kein hochgradiger, so ist die Diagnose oft schwierig, andererseits die Behandlung durch Anlegen eines Plattfussschuhes eine ebenso einfache wie erfolgreiche. Der Einfluss des Traumas besteht hier in Zurückführung des Pes planus in ein acutes Stadium und fasst Verf. die hier auftretenden Schmerzen als „osteoporotische“ auf. Selbstverständlich findet bei sehr hochgradigen Plattfüssen nach Trauma keine Restitutio ad integrum statt. — Andere Ursachen der Beschwerden stationärer Plattfüsse bestehen nicht so sehr in angestrengter Arbeit, als in abnormer einseitiger Belastung eines Plattfusses bei Erkrankung des anderen, ferner Varicenbildung, in der den gleichen Effect habenden Fettleibigkeit, welche sich bei Frauen in gewissem Alter zuweilen sehr schnell entwickelt und endlich in allgemeiner Muskelschwäche, wie solche aus verschiedenen Gründen, z. B. nach längerer Bettruhe bei Kranken, auftreten kann. Hauptsymptom ist die Schmerzhaftigkeit, welche Patienten und Aerzte vielfach als rheumatisch betrachten und dem entsprechend behandeln. Am zweckmässigsten sind hier noch Elektricität und Massage, schlechter Einreibungen, am unpassendsten aber warme Thermalbäder, unter denen Recidivplattfüsse sich oft rapide verschlechtern. Zum Schluss erwähnt Verf. kurz die Neuralgien, die vom Recidivplattfuss her ausgehen können.

320. ***Der Geburtsmechanismus, speciell die Drehung des Hinterhauptes nach vorne.*** *Von Dr.* ***Hugo Schmidt.*** *Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Strassburg. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 3. — Schmidt's Jahrb. 1893. 3.)*

Verf. bespricht zunächst den Weg, welchen der Kopf, speciell das Hinterhaupt, im kleinen Becken während seiner Drehung nach der Symphyse hin zurücklegt, und knüpft dabei besonders



an die von *H. F. Nägele* gegebene Schilderung des Geburtsverlaufes an. *Nägele* betont ausdrücklich, dass eine Senkung der kleinen Fontanelle beim Eintritt in das Becken zu Anfang der Geburt nicht regelmässig beobachtet werden kann. Diese Senkung findet regelmässig nur dann statt, wenn der Kopf im Eingang des Beckens einen merklichen Widerstand erfährt; sonst tritt manchmal die kleine, dann wieder die grosse Fontanelle schneller tiefer. Gegen Ende der Eröffnungsperiode sind auch nach den Beobachtungen des Verf. gewöhnlich beide Fontanellen gleich hoch anzutreffen, häufig die kleine Fontanelle etwas tiefer. Nach Eröffnung des Muttermundes macht auch nach den Beobachtungen des Verf. der Kopf in toto neben einer Drehung des Hinterhauptes nach vorn noch eine Rotation um den hinteren unteren Rand der Symphyse, d. h. die hinten liegende Hälfte des Kopfes senkt sich schneller als die vordere Hälfte. In der Austreibungsperiode wirkt ausser der Kraft des Uterus noch die Kraft der Bauchpresse. Im Gegensatz zu der namentlich von *Schröder* vertretenen Ansicht ist nach den Ausführungen des Verf. das Zwerchfell für den Geburtsmechanismus gleichgiltig und hat nur die Aufgabe, durch seine Contraction die Basis des Thorax zu befestigen. Während der Presswehen bleiben demnach ausser der Contraction des Uterus nur noch die Contractionskräfte der vorderen und seitlichen Bauchmuskeln als Austreibungskräfte übrig. Verf. analysirt eine Presswehe und ihre Wirkung dahin, dass zunächst eine Contraction des Uterus eintritt, die den allgemeinen intrauterinen Druck erhöht und seinen Inhalt in der Richtung seiner Längsachse auszutreiben sucht. Dann erst setzen die Kräfte der Bauchpresse ein. Diese erhöhen 1. den intraabdominellen Druck, welcher gleichmässig auf die contractil-elastischen Wände des Uterus wirkt und so mittelbar gleichmässig auch den allgemeinen intrauterinen Druck erhöht; 2. aber ertheilen sie dem Uterus und seinem Inhalt in toto eine Bewegung von vorn nach hinten. „Diese Bewegung, welche oben am Fundus am grössten sein muss, hat einen Einfluss auf den in das Becken eintretenden Kopf und eine entgegengesetzte Bewegung desselben, also nach der vorderen Beckenwand hin zur Folge.“ Verf. betrachtet nun den Kindeskörper während der Presswehe als zweiarmigen Hebel, mit der Drehungsachse am Promontorium, beziehungsweise dem hinteren Theile der Linea innominata, an dessen oberem und längerem Hebelarm (dem oberhalb des kleinen Beckens befindlichen Theil des kindlichen Körpers) eine Kraft in der Richtung von vorn nach der Wirbelsäule wirkt und dessen kürzerer Hebelarm (der im kleinen Becken befindliche Kopf) gegen die vordere Beckenwand gepresst wird. Während der Presswehe wird der Kindeskörper seine Concavität dem Promontorium zuzukehren streben und umgekehrt die Convexität des Rückens die Tendenz haben, sich nach vorn zu drehen.

321. ***Die Perichondritis tuberculosa auriculae.*** *Von* ***Rudolf Haug.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLIII. Heft 3—4. — Centralbl. f. Chir. 1893. 10.)*

Verf. analysirt in der oben genannten Studie eine sicherlich Vielen unbekannte, weil recht seltene Form der Localtuber-



culose, die sich analog der gewöhnlichen — im Ganzen ja auch sehr seltenen — idiopathischen Perichondritis an der Ohrmuschel als selbstständiges Leiden entwickeln kann, und wofür 3 Beobachtungen näher mitgetheilt werden. Während die vulgäre Perichondritis der Ohrmuschel *(Chimani, Knapp)* einen meist plötzlichen Anfang und acuten oder subacuten Verlauf mit bedeutender Anschwellung der Ohrmuschel zeigt, entwickelt sich die tuberculöse Form mehr nach Art anderer Localtuberculosen. Sie stellt kein primäres Leiden dar, sondern Verf. konnte stets auch anderweite Zeichen tuberculöser Infection nachweisen. Ein Trauma scheint relativ oft die Gelegenheitsursache der Localisation abzugeben. Leicht werden die benachbarten Lymphdrüsen hinter und unter dem Ohre in Mitleidenschaft gezogen. Das Leiden beginnt mit Schwellung und Infiltration in wechselnder Ausdehnung, es kommt zu knotigen Protuberanzen von teigiger Consistenz, zur Bildung käsigen Eiters und fungöser Granulationen, zu Knorpelusur oder Necrose. Der Aufbruch kann spontan erfolgen. Da es sich um eine gut angreifbare Localtuberculose handelt, so ist am meisten Erfolg zu erhoffen von frühzeitiger operativer Behandlung nach den Principien, die auch sonst bei Localtuberculosen zu befolgen sind. Auch Jodoformemulsion-Injectionen können sich nützlich erweisen.

322. ***Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus.*** *Von Dr.* ***Reichel.*** *Aus der chirurg. Klinik zu Würzburg. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXV. Heft 5 u. 6. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 11.)*

Vom eigentlichen mechanischen Ileus unterscheidet sich der functionelle oder Pseudoileus dadurch, dass bei der anatomischen Untersuchung von irgendwelcher Darmstenose sich nichts entdecken lässt. Die Erklärung des Zustandes war bisher eine verschiedene; die meisten Autoren haben ihn wohl als Darmlähmung aufgefasst. 2 Beobachtungen des Verf. machen es wahrscheinlich, dass es sich in all diesen Fällen um eine peritoneale Infection handelt, bei der es nicht zu makroskopisch sichtbaren Veränderungen der Schleimhaut kommt, bei der aber die genaue bacteriologische Untersuchung die Anwesenheit von Infectionserregern nachzuweisen vermag. Die Darmlähmung ist also in solchen Fällen das Secundäre, die Infection das Primäre. Für die anatomisch nachweisbare Peritonitis ist das ja schon längst bekannt. In gleicher Weise wie die allgemeine Peritonitis eine allgemeine Darmlähmung hervorruft, in derselben vermag auch eine circumscripte Peritonitis eine locale Darmlähmung hervorzurufen. Auf diese Weise muss der wirkliche Ileus in Folge Abknickung nach Laparotomien erklärt werden: die Abknickung ist die Folge einer Infection und der dadurch bedingten Aufhebung der Peristaltik. Experimente an Hunden zeigten dem Verf., dass ein Darmverschluss durch reine Abknickung nicht möglich ist. Die peritoneale Infection spielt, wie weitere Experimente dem Verf. wahrscheinlich machen, auch bei den schweren, mit Darmquetschung combinirten Formen des Ileus (frühzeitiges Erbrechen, rascher Verfall) gegenüber dem unter leichteren Erscheinungen einhergehenden einfachen, glatten Darmverschluss (spät eintretendes Erbrechen, später Tod) eine



wichtige Rolle. Allerdings ist ja in den schweren Fällen auch der Darmquetschung eine grosse Bedeutung zuzuschreiben, dieselbe allein reicht aber zur Erklärung nicht aus. In den durch das Experiment erzeugten Fällen von reinem glatten Darmverschluss konnte Verf. nie eine peritoneale Infection beobachten, hier findet trotz tagelanger Kothstauung kein Durchtreten von Bacterien durch die Darmwand statt. Was die enorme Flüssigkeitsansammlung oberhalb der Verschlussstelle anbetrifft, so folgt aus Verf.'s Versuchen, dass die Secretion der Darmdrüsen daran einen sehr erheblichen Antheil hat. Sehr auffällig ist ein Vergleich der Epithelien im zuführenden und abführenden Darmrohr: die ersteren sind klein, stark granulirt, im Zustande regster Thätigkeit, zwischen ihnen finden sich nur wenige Becherzellen; die letzteren sind grösstentheils im Zustand der Ruhe und zeigen einen enormen Reichthum an Becherzellen.

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

323. ***Fall von traumatischer Lähmung des Obliquus inferior mit Enophthalmus. Heilung.*** *Demonstrirt von Prof. Fuchs in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte am 3. März 1893. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 10.)*

Der seltene Fall betraf einen 47jährigen Förster, der in Folge Angriff von einem Hirschen Verletzungen auch in der linken Augengegend davontrug. In Folge dessen schwollen die Lider an, so dass Patient durch sechs Wochen das linke Auge nicht öffnen konnte. Als er dies wieder zu thun vermochte, bemerkte er, dass er doppelt sehe. Schon gleich nach der Verletzung waren die linke Wange, das linke untere Augenlid, sowie die linke Hälfte der Nase und Lippe gefühllos. Erst nach vier Wochen stellte sich die Empfindlichkeit wieder her, ist jedoch heute noch nicht vollkommen normal, und gleichzeitig bestehen in dem genannten Gebiete Parästhesien. Gegenwärtig findet man am oberen Lide des linken Auges eine $2^1/_2$ Cm. lange Hautnarbe. Veränderungen an den Knochen der Orbita sind nicht tastbar. Das linke obere Lid steht um 4 Mm. tiefer als das rechte. Das linke Auge sieht äusserlich normal aus, nur ist die Pupille dieses Auges um eine Spur enger als die des rechten. Das linke Auge steht um 2 Mm. tiefer als das rechte und liegt auch tiefer in der Orbita. Die Beweglichkeit des linken Auges ist normal; nur beim Blick nach oben bleibt es um etwa 1 Mm. gegen das andere Auge zurück. Der ophthalmoskopische Befund und das Sehvermögen des linken Auges sind normal. Es bestehen Doppelbilder in der ganzen oberen Hälfte des Blickfeldes, welche nach ihrer Lage bei den verschiedenen Blickrichtungen charakteristisch sind für eine Lähmung des Obliquus inferior. Der Enophthalmus, welcher in diesem Falle allerdings nicht sehr bedeutend ist, ist an und für sich ein seltenes Vorkommniss. Er kann auf traumatischem oder nichttraumatischem Wege zu Stande kommen. In Bezug auf die Fälle der ersteren Art sind verschiedene Erklärungen aufgestellt worden. In diesem Falle sprach die Lähmung des Obliquus inferior und des Nervus infraorbitalis für eine Fractur des Orbitalbodens als



Ursache, wenn auch eine solche durch Palpation gegenwärtig nicht deutlich nachweisbar ist. Der Fall ist auch interessant, weil eine isolirte Lähmung des Obliquus inferior nur selten beobachtet wird. Für jene Fälle, in welchen die Lähmung selbst nicht zurückgeht, hat schon *Alfred Graefe* zur Beseitigung der Doppelbilder die Durchschneidung des Rectus superior des anderen Auges vorgeschlagen. Verf. hat demgemäss bei dem vorgestellten Patienten vor fünf Tagen diese Operation vorgenommen, und zwar mit vollem Erfolge. Zunächst bestanden in Folge einer geringen Uebercorrection durch einige Tage Doppelbilder, welche aber heute vollständig verschwunden sind.

324. ***Spontaner Austritt eines in das Auge gedrungenen Fremdkörpers.*** *Von* ***Jens Bugge.*** *(Norsk Magazin. 1893, 3, pag. 273.)*

Bei einem Arbeiter, dem beim Meisseln einer Eisenstange ein Eisenstück mit Heftigkeit in das Auge drang, wurde am folgenden Tage eine Perforation mit theilweiser Verdunkelung der Hornhaut, pericorneale Vascularisation, Verfärbung der Iris und Verschwinden der vorderen Augenkammer constatirt, ausserdem im Pupillargebiete zahlreiche graue Fetzen, wahrscheinlich Linsenfasern, aber kein Fremdkörper. Nach sechstägiger Behandlung mit Borsäure und Atropin trat spontan ein 7 Mm. langes, 5 Mm. breites und $1\frac{1}{2}$ Mm. dickes Eisenstück durch die noch klaffende Hornhautwunde, und von da ab war die Heilung rapider. Bei einer zufälligen Untersuchung nach einem halben Jahre konnte der Kranke recht gut den Bewegungen einer Hand vor seinem Auge folgen.

*Th. Husemann.*

325. ***Therapie der Ptosis.*** *Von Dr.* ***A. Meyer.*** *(Arch. f. Augenheilkunde. XXVI. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 4.)*

Der Verf. hat in Folge eines Traumas, bei welchem durch Eindringen des stumpfen Endes eines Bergstockes eine ausgedehnte mehrfache Zerreissung des Oberlides des rechten Auges und Infractionen entstanden, eine Ptosis behalten. Es wurde der Versuch gemacht, durch Excision einer Falte aus dem Oberlid und durch Bildung von subcutanen Narbensträngen nach der Stirn hin das Lid zu heben. Der Versuch gelang nur theilweise und ist Verf. in Folge dieser Operationen im Stande, das Lid so weit zu heben, dass bei gewöhnlicher Kopfhaltung etwa $\frac{1}{3}$ des Pupillargebietes frei wird, was jedoch mit ziemlicher Anstrengung verbunden ist, die rechte Augenbraue höher rücken macht und dadurch, dass die Falte zwischen Oberlid und Braue verschwindet, eine Entstellung bewirkt. Verf. versuchte daher das Lid in anderer Weise zu heben und verwendete die sogenannten Ptosispincetten, die er jedoch bald aufgeben musste, da nach deren Gebrauch ständig Oedem des Lides auftrat. Es musste ein Apparat gefunden werden, bei dessen Anbringung keinerlei Circulationsstörung sich einstellte. Er fand den Apparat, indem er vom Princip des Monocles ausging und einen einseitig unterbrochenen federnden Reif sich anfertigen liess, der aus Golddraht hergestellt ist und seine Stützpunkte an der Nase und oberem Orbitalrand hat. Eine einfache Beschreibung ohne Beigabe der Zeichnung genügt nicht, um ein volles Verständniss zu erreichen, es muss darum auf das Original





verwiesen werden. Verf. trägt den Apparat nun durch fünf Jahre unausgesetzt, ohne je unangenehme Erscheinungen gehabt zu haben.

326. ***Ueber 23 Fälle von melanotischen Geschwülsten des Bulbus.*** *Von Lyder Borthen, Drontheim. (Norsk Magazin. 1893, 1, pag. 28.)*

Von den seit 1854 in Norwegen beobachteten Geschwülsten des Auges gehören 20 der fünfzehnjährigen Periode von 1876 bis 1891 an. Die Gesammtzahl vertheilt sich auf annähernd 45.000 Augenkranke (1 : 2142). In den meisten Fällen blieb die Aetiologie unklar; in sechs Fällen liessen sie sich auf eine mechanische oder chemische Verletzung zurückführen. In Bezug auf die Chancen der Operation ist festzustellen, dass in 12 Fällen, also bei etwas mehr als der Hälfte der Kranken, Heilung eintrat, während in 7 Fällen Recidive im Verlaufe von längstens $2^1/_2$ Jahren, meist schon nach mehreren Monaten oder selbst Wochen constatirt wurde. In einem Falle kamen 9 Recidive vor, dann recidivirte die Geschwulst im Laufe von 12 Jahren nicht mehr und der Operirte blieb bis jetzt gesund. In 6 Fällen kam es sicher zu Metastasen. Frei von Recidiven und Metastasen blieb nur etwa ein Drittel (7) der Operirten. *Th. Husemann.*

327. ***Fälle von Pharynxerysipelas.*** *Mitgetheilt von Gustav Bäärnhjelm. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar. 1892. Bd. XXV, Heft 9, pag. 489.)*

Verschiedene im akademischen Krankenhause 1889, 1891 und 1892 vorgekommene Fälle von Erysipelas des Pharynx liefern Beiträge zur Kenntniss der Symptome dieser häufig mit Angina anderer Art verwechselten Affection. Wie andere Infectionskrankheiten hat das Pharynxerysipel ein Prodromalstadium von verschiedener Intensität und Dauer, das mit allgemeinem Unwohlsein, Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Kopfschmerz einhergeht. Meist tritt auch vor dem Ausbruche der Halsaffection Anschwellung der submaxillären Lymphdrüsen ein. Die localen Symptome bestehen in Beschwerden und Schmerzen beim Schlucken und diffuser, über Zäpfchen, Gaumen, Gaumenbögen und die hintere Pharynxwand sich ausdehnender, an den Mandeln nicht besonders hervortretender Geschwulst und hochrother und glänzender, fast wie gefirnisst aussehender Oberfläche. Erhöhte Disposition zu der Affection scheinen früher Pharyngitiden zu geben. So trat z. B. Pharynxerysipel bei einer früher mit chronischer Pharyngitis syphilitica behafteten Prostituirten auf, bei welcher ausserdem die linke Nasenhälfte vollständig von Polypen erfüllt war. Die Affection ging hier in der Nase oder hoch oben im Pharynx an und dehnte sich fast gleichzeitig durch beide Tuben zum Mittelohre aus, wo sie purulente Otitis mit Perforation beider Trommelfelle hervorrief, um dann auf das äussere Ohr überzugehen. Weiter schritt die Affection von der Nasenhöhle durch die Canales nasolacrymales weiter und ergriff die Augenlider beider Seiten. In einem anderen Falle verbreitete sich das Erysipel auf den Kehlkopf und die Lungen und rief eiterig fibrinöse Pleuritis und interstitielle Pneumonie mit tödtlichem Ausgange hervor. In diesem Falle erzeugte das inoculirte Secret des Kehlkopfes Erysipelas bei Kaninchen; ausserdem erkrankte in demselben Raume ein Patient an leichterem Pharynx-



erysipelas und ein Dritter an Gesichtsrose. Bei einem späteren Erkrankten war dem Pharynxerysipel Otitis media vorausgegangen; nach dem Ausbruche des Erysipels kam es zu eiteriger Mittelohrentzündung mit Ausbreitung in die Zellen des Processus mastoideus. In diesen und anderen Fällen wurde die Diagnose auch durch bacteriologische Untersuchung sichergestellt. *Th. Husemann.*

328. ***Ueber periphere Amblyopie.*** *Von Dr.* ***Samelsohn,*** *Köln. Vortrag in der Versammlung der ophthalmoskopischen Gesellschaft zu Heidelberg 1892. (Deutsch. med. Wochenschr. 1893. 13.)*

Bei der peripheren Amblyopie finden sich dieselben Symptome, wie bei der centralen, der sogenannten Asthenopia retinalis. Der ophthalmoskopische Befund ist dabei ein negativer. Bei der genauen perimetrischen Untersuchung lässt sich in der Peripherie ein absoluter Defect, central davon ein relativer, in welchem das Gesichtsfeld grau und verfärbt erscheint, nachweisen, während das Centrum klar bleibt. Der Rückgang ist genau wie bei dem centralen Scotom, nur in schweren Fällen vergrössert sich der Defect, und es bleibt ein kleines Gesichtsfeld mit relativ guter Sehschärfe zurück. Der Farbensinn ist wenig gestört, die Grenzen sind eingeschränkt, ebenso der Lichtsinn. Die Gesichtsfeldgrenzen schwanken niemals, charakteristisch ist die Zone des relativen Defects. Aetiologisch hängt die periphere Amblyopie mit dem centralen Scotom zusammen. Vor Allem ist Bleiintoxication das veranlassende Moment. Die Prognose ist die der centralen Amblyopie, jedoch tritt die Wiederherstellung schneller ein. Nur in zwei Fällen wurde Ausgang in Atrophia nervi optici beobachtet. Der anatomische Grund der Krankheit ist noch nicht nachgewiesen. Nach der Ansicht des Verf. hat die genuine Opticusatrophie einen centralen Ausgangspunkt. Er theilt dieselbe in eine weisse und graue. Bei letzterer findet sich reflectorische Pupillenstarre und ist die Prognose eine absolut ungünstige, während bei ersterer häufig noch etwas Sehvermögen zurückbleibt.

329. ***Ein neueres Mittel gegen Angina.*** *Von Dr.* ***Leopold Herz,*** *k. u. k. Regimentsarzt in Pilsen. (Orvosi Hetilap. 1892. 48. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 11.)*

Von dem Gesichtspunkte ausgehend, dass Ichthyol eine gefässverengernde und lindernde Wirkung hat, versuchte Verf. im Pilsener Militärkrankenhause bei den schwereren Anginaformen eine 2—3%ige Ichthyollösung als Gargarisma. Schon nach 24 Stunden liessen die Schmerzen nach, die Schwellung nahm ab und die Kranken vermochten zu schlingen und zu essen. Die Wirkung war eine so vorzügliche, dass er von da ab immer zu diesem Mittel griff. Zu erwähnen ist, dass Verf. diese Lösung nur in schwereren Fällen anwandte, wo die Betreffenden kaum den Mund öffnen konnten. Ein Vorzug dieses Mittels ist es, dass es ohne Schaden auch innerlich angewandt werden kann. Damit das Mittel mit je ausgedehnteren Flächen des entzündeten Rachens in Berührung komme, lässt Verf. die Kranken nach vorgenommener Bespülung auch einige Esslöffel nehmen. Das Mittel verursacht kein brennendes oder adstringirendes Gefühl im Schlunde, blos sein Geruch ist unangenehm, doch derselbe verflüchtigt sich rasch. Als Illustration der Wirkung sei ein Fall angeführt: Ein Soldat

vermochte bei seiner Aufnahme nur mit einer Handbewegung zu markiren, dass ihn der Schlund schmerze, die Zahnreihe war nur einige Millimeter weit zu öffnen; eine Inspection war nicht möglich. Wie Verf. erfuhr, war das Gaumensegel und die Uvula dermassen geschwellt, dass sie scarificirt wurde; so hochgradig waren die Stickanfälle. Auf Ichthyol besserte sich der Process dermassen, dass Patient den Mund öffnen konnte und die rothe, entzündete Uvula sichtbar ward.

---

# Dermatologie und Syphilis.

330. ***Behandlung der Keloide mit hypodermatischen Injectionen von Kreosotöl.*** *Von Dr. **Marie.** Sitzung d. Société méd. des Hôpitaux vom 3. März 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Verf. schliesst aus dem Verlaufe, den ein Paar Fälle von Keloid nach der Operation nahmen, dass diese Geschwulstart infectiöser Natur sei. In einem Falle wurde der in der Sternalgegend sitzende Tumor nach allen Regeln der Antisepsis abgetragen; nach kurzer Zeit entstand an derselben Stelle eine grössere Neubildung derselben Art und an jeder Stichnarbe ebensolche kleinere. In einem anderen Falle waren an einem grossen Keloid Scarificationen gemacht worden und nach einigen Monaten entstanden Keloide an verschiedenen Körperstellen, welche nie der Sitz einer Wunde oder Narbe waren: wahrscheinlich war mit den Scarificationen der infectiöse Stoff in den allgemeinen Kreislauf gelangt und hat eine Autoinoculation hervorgerufen. Um derartige Folgen zu vermeiden, empfiehlt Verf., von jedem chirurgischen Eingriff abzusehen, sondern Injectionen von sterilisirtem Kreosotöl (20%) in die Geschwulst vorzunehmen: Anfangs schwillt die Oberfläche an und wird blass. Nach 2 oder 3 Tagen nimmt sie eine livide Färbung an, an der Oberfläche bilden sich Eiterherde, welche sich später in einen trockenen Schorf umbilden und die Zerstörung der Geschwulst herbeiführen. Der Schmerz der Injection ist sehr erträglich, dauert aber mehrere Stunden. Diese Behandlung erzielt nicht nur ausgesprochene Destruction des Keloids, sondern scheint auch eine secundäre Verschleppung zu verhindern. Verf. glaubt, dass man diese Methode nicht nur zur Zerstörung der Keloide, sondern der Epitheliome und vielleicht des Lupus anwenden kann.

331. ***Ueber Erysipel der Harnblase.*** *Von Prof. Dr. **v. Frisch.** Beiträge z. chir. Festschrift, gewidmet Th. Billroth, Stuttgart 1892. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Ein 52jähriger Mann hatte vor 20 Jahren nach einer gonorrhoischen Infection eine acute Prostatitis mit Abscedirung und Durchbruch in die Blase durchgemacht. Seitdem kam es alljährlich wenigstens einmal zu kleineren Abscessbildungen in der Prostata unter Schmerzen, Harndrang und Fieber, Symptome, welche verschwanden, sobald der Abscess wiederum in die Blase durchgebrochen war. Am 4. Februar 1892 heftiger Schüttelfrost und Erbrechen, am nächsten Tage Schwellung der Prostata, vermehrter Harndrang und Brennen in der Blase. Am 6. im Harn eiteriger



Bodensatz. Am 8. neuerdings heftiger Schüttelfrost und heftiger Harndrang. Andauerndes Fieber, Milzschwellung. Am 12. im Urin einzelne Streptococcen. Am 14. Erysipel am linken Unterschenkel, Plattenculturen, vom Prostatasecret und vom Harnsediment angefertigt, ergaben fast ausschliesslich Streptococcen. Am 15. cystoskopische Untersuchung: Ganze Blasenschleimhaut intensiv geröthet, in sehr zahlreiche stark prominirende Falten gelegt, einzelne Ecchymosen. Das Hauterysipel ging noch lange weiter. Die Blasenbeschwerden nahmen langsam ab; am 23. waren keine Streptococcen mehr nachzuweisen. Es hat sich in diesem Falle zweifellos um ein Harnblasenerysipel gehandelt.

332. ***Ueber die Verwendung des Europhen (Isobutylorthocresoljodid) in der venereologischen Praxis.*** *Von Privatdocent Dr. **Carl Kopp**, München. (Therap. Monatsh. 1893. März.)*

Unter den bei der Behandlung weicher Schankergeschwüre, ulceröser und auch einfach sympathischer Bubonen ärztlicherseits bevorzugten Präparaten nimmt auch heute noch das Jodoform die erste Stelle ein. Es waren die mehr oder weniger gelungenen Versuche mit älteren und neueren Mitteln, welche das Jodoform ersetzen sollten — Pyrogallol, die Salicylsäure, Sozojodol, Jodol, Aristol und Dermatol — gewiss dankenswerth; gleichwohl hat eine vorurtheilsfreie Prüfung dieser Mittel gezeigt, dass keines derselben an directer specifischer Wirksamkeit dem Jodoform gleichzustellen, geschweige denn demselben überlegen sei. Verf. hat bereits im Anfang dieses Jahres auf die von Seiten mehrerer Autoren (*Siebel*, *Eichhoff*, *Petersen*, *Nolda*, *Rosenthal* u. A.) gegebene Empfehlung hin Versuche mit Europhen gemacht, welche ihn befriedigten; diese Versuche hat er nunmehr in einem grösseren Massstabe wiederholt. Er berichtet nur über die Anwendung des Europhen in der venereologischen Praxis, wenngleich es auch bei einer Anzahl verschiedener anderer Krankheitszustände, so in mehreren Fällen von Paronychia, bei Ulcus cruris, sowie in der Behandlung einfacher Wunden gute Dienste geleistet hat — ohne augenfälligen Vorzug gegenüber anderen, sonst rationellen Behandlungsmethoden.

In 19 Fällen von Ulcus molle hat Verf. fünfmal von der Ausschabung der Geschwüre nach den Empfehlungen von *Petersen* Gebrauch gemacht. Dieselbe lässt sich unter localer Aetheranästhesie leicht ausführen. Die ziemlich stark blutenden Wundflächen wurden zunächst mit Sublimatcompressen abgetupft und comprimirt, bis die Blutung stand und dann ein Pulvertrockenverband mit Europhen 1·0, Acid. boric. subt. pulv. 3·0 applicirt. Es bildet sich eine Kruste, welche nicht entfernt, sondern nur täglich zweimal neuerdings mit Europhen-Borsäurepuder bestreut wurde. Unter dieser Kruste erfolgte in allen Fällen glatte Heilung vom 4. bis 11. Tage. In einem dieser Fälle entstand 4 Tage nach der Ausschabung eine schmerzhafte Leistendrüsenschwellung, welche zur Abscedirung führte und eine künstliche Eröffnung des schnell erweichten Tumors nöthig machte. Die Heilung der dadurch gesetzten Wunde nahm 17 Tage in Anspruch. Die weiteren 14 Fälle von weichem Schanker wurden nach vorhergehender gründlicher Reinigung der Geschwüre und ihrer Umgebung mit 1‰ Sublimat-



lösung mit Watte abgetupft und dann mit Europhen in Substanz, oder mit Mischungen von Europhen und Borsäure aa. part. aequales, in einigen Fällen auch mit Europhen-Borsäurepulver 1:3 und 1:5 bestreut. Die Anwendung des genannten Pulvers wurde 2—3mal täglich wiederholt, jeder erneuten Pulverapplication eine kurze Waschung und Austupfung der Geschwüre mit Sublimatlösung vorangeschickt. Die Heilungsdauer bei dieser Behandlung schwankte zwischen 6 Tagen und 5 Wochen und betrug im Durchschnitt 17 Tage, eine Zeitdauer, welche nach Verf. auch bei der Jodoformbehandlung zur Heilung weicher Schanker als durchschnittlich nothwendig bezeichnet werden kann. Die Mischung des Präparates mit Borsäurepulver geschah namentlich aus ökonomischen Gründen, um festzustellen, ob auch die Anwendung geringerer Europhenmengen bei dem noch immer etwas theueren Preis des Mittels mit Erfolg Verwendung finden könne. Mischungen im Verhältniss von 1:5 sind noch durchaus wirksam. Reizerscheinungen fehlten stets auch bei Anwendung des reinen Präparates. Wichtig scheint für die Wirksamkeit des Mittels, dass das Pulver mit feuchten, secernirenden Flächen in Berührung gebracht wird. Von den mit Europhen behandelten Bubonen in Folge weicher Schanker interessiren vorzugsweise zwei Fälle, in denen die beim Eintritt in die Behandlung bereits durch Spontaneröffnung theilweise entleerten Drüsenabscesse sich in wirkliche weiche Schankergeschwüre grösserer Dimension umgewandelt hatten. In beiden Fällen wurden sowohl die noch bestehenden weichen Schankergeschwüre ausgeschabt, die Bubohöhle ausgelöffelt, gründlich desinficirt und dann ein Europhenborpulververband 1:2 applicirt. Die Reaction war sehr gering, der am 3. Tage gewechselte Verband mässig blutig, serös durchtränkt; der ulceröse Charakter des Lymphdrüsenabscesses war beseitigt; die Bubonenhöhle bei fortgesetzter Europhenborbehandlung in 16, beziehungsweise 20 Tagen geschlossen. In den anderen 7 Fällen sympathischer Leistendrüsenentzündung mit Abscedirung wurde nach Eröffnung und Auskratzung die Blutung gestillt, mit Sublimatlösung desinficirt und darauf die Wundhöhle mit in Europhenborpuder 1:5 getauchten Compressen ausgestopft. Je nach den vorliegenden Verhältnissen heilten die Wunden, deren Umgebung niemals entzündliche Reizung aufwies und deren Secret sich stets geruchlos hielt, in einer Zeitdauer, die zwischen 14 und 32 Tagen schwankte, völlig aus. Restirende Fistelbildungen kamen nicht in einem einzigen Falle vor. Demgemäss empfiehlt Verf. das Europhen ganz besonders für Fälle von venerisch-contagiöser Helkose nach vorausgehender Auskratzung der Geschwüre und als Ersatzmittel des Jodoforms; für andere Fälle specifischer und nichtspecifischer Ulcerationen ist es brauchbar, aber gewiss nicht unersetzlich.

---





# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

333. ***Eigenthümlicher Farbstoff im Harn. — Sulfonalvergiftung.*** *Von Prof. H. Quincke. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 36. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 11.)*

Eine 50jährige Frau, die seit 2 Jahren täglich 1—2 Grm. Sulfonal genommen hatte, erkrankte mit epigastrischen Schmerzen, Erbrechen, Stuhlverstopfung und fortschreitendem Collaps und starb nach 10 Tagen. Der eiweissfreie Urin war kirschroth, bei Verdünnung schmutzig roth, deutlich sauer, gab keine *Trommer*sche Reaction. Im Spectrum zeigte er ein Absorptionsband zwischen *b* und *F,* weiter nach dem Roth zuneigend als der Hydrobilirubinstreifen. Die Farbe des Urins änderte sich nicht bei Zusatz von Salzsäure, Salpetersäure, Ammoniak; nach dem Kochen mit Natronlauge wurde er bräunlich und zeigte 2 neue Streifen im Gelb und Grüngelb; nach Zusatz von Salzsäure und Chlorkalk und Ausschütteln mit Chloroform gab er wenig Indican ab. der Urin blieb roth, zeigte aber dieselben zwei neuen Streifen. Der rothe Farbstoff ging in Amylalkohol, Aether, Chloroform nicht über, wurde von Kalkmilch unvollkommen, von Bleiacetat vollkommen, durch Aussalzen mit Ammoniumsulfat nicht gefällt; die gebundene Schwefelsäure war vermehrt, ihr Verhältniss zur freien wie 2, 4 : 1; bei der *Legal*'schen Probe entstand keine Acetonreaction. Nach langem Stehen änderte sich die Farbe des Harns nicht, doch verschwand der Absorptionsstreifen. Ein ähnlich gefärbter Harn wurde von *Salkowski* und *Jolles* nach Sulfonalvergiftung beobachtet; in diesen Fällen hat es sich um Hämatoporphyrin gehandelt, bei Verf.'s Pat. war kein Hämatoporphyrin vorhanden, da mit alkalischer Reaction keine Aenderung von Farbe und Absorptionsstreif eintrat; auch gleichen die beiden durch Chlorkalk oder Sieden mit Natronlauge hervorgerufenen Streifen nicht denen des Hämatoporphyrins. Die Natur des Farbstoffes blieb unbestimmt; dass sein Auftreten durch den langen Sulfonalgebrauch bedingt war, ist wahrscheinlich.

334. ***Zur Kenntniss der Osteopsathyrosis.*** *Von Dr. Eugen Enderlen. Aus dem pathologischen Institut in München. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXI. Heft 2. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Osteopsathyrosis, eine seltene Erkrankung der Knochen, die sich durch häufige Spontanfracturen äussert, besteht nach *Lobstein* in Erweiterung der Markhöhle und Atrophie, beziehungsweise Mürbigkeit der Knochensubstanz. Die Aetiologie ist nicht recht klar, Rhachitis, Osteomalacie werden beschuldigt, mehrfach ist die Krankheit als idiopathisch angeboren und durch Generationen sich hinziehend beobachtet worden. Die Fracturen heilen meist auffallend schnell. In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen 61jährigen Mann, der in einigen Jahren 6 Fracturen der Oberschenkel erlitt ohne Einwirkung eines Traumas allein bei geringen Bewegungen. Jedesmal trat sehr schnelle Heilung ein. Bei der Section (Adipositas cordis, Fettleber höchsten Grades, chronischer Morphinismus) fand sich der Femur stark deformirt durch



Callusmassen, die sich sehr weich schnitten; Knochensubstanz ist sehr schmal, spärlich Knochenkörperchen enthaltend, Mark ist wesentlich Fettmark. Eine bestimmte Ursache war nicht festzustellen, höchstens könnte der starke Morphinismus in Betracht kommen.

335. ***Zur Frage von der Aetiologie der peripherischen Facialislähmung.*** *Von Prof.* ***Bernhardt.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1892. 10. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. 10.)*

Die ätiologischen Momente der peripherischen Gesichtsnervenlähmungen, welche ohne Zusammenhang mit acuten oder chronischen Mittelohrentzündungen oder Traumen, ganz überraschend, scheinbar ohne jeden besonderen Grund auftreten, werden mit Vorliebe in der sogenannten Erkältung gesucht. Nach Verf.'s Erfahrungen soll man nicht all zu schnell die Erkältung als einziges oder hervorragendes ätiologisches Moment annehmen, sondern sich eine Reihe von anderen Ursachen gegenwärtig halten. Es gibt, wenn auch in der Minderzahl, eine Reihe von Fällen, in denen man von einer persönlichen oder ererbten nervösen Prädisposition zu sprechen wohl berechtigt ist. Sodann häufen sich die Beobachtungen, dass der Diabetes in der Aetiologie der peripheren Facialislähmungen eine Rolle spiele, die wahrscheinlich in der Erregung einer der Heilung zugänglichen Neuritis des Nervenstammes besteht, weniger wahrscheinlich, wie *Dufour* geneigt ist, anzunehmen, in einer durch die fehlerhafte Blut- und Säftemischung herbeigeführten Kernläsion. Bekannter ist der Zusammenhang mit der Syphilis, welche schon in frühen Stadien ohne wesentliche Betheiligung anderer Hirnnerven den Facialisstamm ergreifen kann, ebenso wie Augenmuskellähmungen vorübergehend im Laufe der Lues vorkommen. Ein weiteres ätiologisches Moment für das gelegentliche Zustandekommen der peripherischen Facialislähmungen fand Verf. im Puerperium, und zwar auch nach normalen Entbindungen. Diese Beobachtung würde im Einklang mit der Thatsache stehen, auf welche *Möbius* zuerst aufmerksam machte, dass im Puerperium eine Neuritis der Endäste des N. medianus oder N. ulnaris und auch in anderen Nervenbezirken, wie in den Schultermuskeln, im Plexus brachialis, vorkommen.

336. ***Ueber das Verbrennen der Abgänge bei Cholera.*** *Von Dr.* ***Ziem,*** *Danzig. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 46.)*

Die ministerielle Anordnung über das Desinficiren der Abgänge bei Cholera ist auch für Andere offenbar nicht recht befriedigend gewesen. Man muss sich doch sagen, dass es grosse Unzuträglichkeiten hat, die Ausleerungen nach Zusetzen der Desinfectionsstoffe noch eine Stunde oder länger stehen zu lassen, ehe man sie beseitigen kann. Ein grosser Fortschritt ist das Unternehmen, die Ausleerungen anstatt zu desinficiren, gleich gänzlich zu vernichten, wie das nach Geheimrath *v. Virchow's* Bericht in St. Petersburg und nach dem Verfahren von *H. Merke* nun auch in den Berliner Cholerabaracken vorgenommen wird. Ganz abgesehen aber von dem Bedenken, ob die Einwirkung der Siedehitze für ein paar Minuten zur Zerstörung der Cholerabacillen wirklich genügt, wird in der Privatpraxis das Verfahren kaum durchgeführt



werden können und es wird da nicht leicht Jemand zu bestimmen sein, eine derartige, doch gar widerwärtige Kochung auf seinem Herde vornehmen zu lassen, die besonders auch die nicht unerhebliche Gefahr in sich schliesst, dass bei unvorsichtigem Handhaben, beziehungsweise bei zu heftigem Kochen die Masse übergehen kann. Man muss sich wundern, dass ein bezüglicher, bereits vor 20 Jahren von *F. Küchenmeister* gemachter Vorschlag fast gänzlich in Vergessenheit gerathen zu sein scheint, der nämlich, die Abgänge mit feinen und trockenen Holzsägespänen zu bedecken und dann zu verbrennen. *Lebert,* der verstorbene Kliniker von Breslau, hat dieses Verfahren für „ganz besonders berücksichtigenswerth" erklärt. Ueber eigene Versuche an Choleradejectionen kann Verf. allerdings nicht berichten, wohl aber über die Vortrefflichkeit des Verfahrens z. B. bei den halbflüssigen Abgängen von jungen, mit Atropin intoxirten Katzen, indem solche mit Sägespänen dick bestreut, mit einer Schaufel aufgenommen und verbrannt werden. Es wird Schwierigkeiten nicht machen, auch flüssige Choleraabgänge in dieser Weise zu beseitigen, wenn man Sägespäne in reichlicher Menge hinzugibt und die Masse langsam, absatzweise in das Feuer schüttet, welches letzteres natürlich ein loderndes sein muss. Offenbar kann die Anlage von Oefen zur Verbrennung der Leichen in den Hospitälern, mit obligatorischer Todtenschau in gewöhnlicher Zeit, mit facultativer zur Zeit von Epidemien nur eine Frage der Zeit sein und die Verbrennung auch aller Abgänge von Kranken hätte dann auch in den Hospitälern gar keine Schwierigkeit mehr. *—r.*

---

## Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

337. ***Untersuchungen über die Möglichkeit der Verschleppung der Cholera durch Nahrungs- und Genussmittel.*** *(Reichs-Anzeiger. — Deutsch. Med.-Ztg. 1893.)*

Die bezüglichen Untersuchungen werden im Reichsgesundheitsamte ausgeführt. Sind diese zur Zeit auch noch nicht abgeschlossen, so verdienen doch schon die bisherigen Ergebnisse die Aufmerksamkeit der Aerzte. Wie sich erwarten liess, starben die Bacillen bei Zimmertemperatur auf dem Fleisch von Früchten, dessen Säuregehalt (in Procent Apfelsäure berechnet) mehr als 2% betrug, in 1—2 Stunden ab; derartige Früchte sind Johannisbeeren und Preiselbeeren. Auch auf dem Fleische von Himbeeren, deren Säuregehalt 1·38% betrug, waren die Bacillen schon in einer Stunde vernichtet. Die Bacillen blieben nur 3—6 Stunden lang am Leben im Fleisch von sauren Kirschen, italienischen Pfirsichen, einigen Sorten Birnen, Pflaumen und Aepfeln. Sie waren erst nach 20–24 Stunden vernichtet auf dem Fleisch von Aprikosen, Erdbeeren, Stachelbeeren, Reineclauden und hielten sich mehrere Tage in süssen Herzkirschen, Birnen, einigen Sorten von Pflaumen und Gurken. Das Ergebniss dieser Versuche blieb im Wesentlichen dasselbe, wenn die mit Cholerabacillen beschickten Früchte bei einer Temperatur von 37° C. aufbewahrt wurden. Dagegen vermochten die Bacillen auf der Oberfläche der Früchte



weit länger lebensfähig zu bleiben. Im angetrockneten Zustande starben sie auf der Oberfläche von Kirschen, Stachelbeeren, Aprikosen, grossen Pflaumen und weissen Johannisbeeren erst nach einem, auf der Oberfläche von Pfirsichen erst nach zwei Tagen. In feuchtem Zustande lebten sie auf Kirschen, Johannisbeeren und Gurken 5—7 Tage. Wurden die Bacillen indessen auf der Oberfläche von Johannisbeeren, Kirschen, Reineclauden, Aprikosen und Pflaumen dem directen Sonnenlicht (33° C.) ausgesetzt, so starben sie schon nach spätestens 5 Stunden. Von zur Untersuchung herangezogenen Getränken wurden die Bacillen vernichtet durch Weisswein in 5, Rothwein in 10, Apfelwein in 20 Minuten, durch 4%igen erkalteten Aufguss von chinesischem Thee in 1, durch 6%igen erkalteten Kaffeeaufguss, sowie durch Berliner Weissbier in 2, durch Münchener, Patzenhofer und Pilsener Bier in 3, durch 6%igen Kaffeeaufguss mit Zusatz von Roggen und Cichorien in 5, nicht sterilisirte Milch und 3%igen Aufguss von chinesischem Thee in 24 Stunden, 2%igen Theeaufguss in 4, durch einstündiges Kochen sterilisirter Milch in 10 Tagen. Auf Rollen-, Kau- und Schnupftabak starben die Cholerabacillen in 1—1½ Stunden; auf dem angefeuchteten Mundende von Cigarren werden sie nach 7 Stunden vernichtet. Auf Zucker-, Mandel- und Chocoladenconfect waren die Bacillen nach 24 Stunden, auf Bisquitconfect nach spätestens 4 Tagen abgestorben. Auf Salz- und geräuchertem Häring gingen die Cholerabacillen in weniger als 24 Stunden, auf frischem Flunder, Schellfisch und Karpfen in weniger als 2 Tagen zu Grunde.

338. ***Verfälschung von Butter und Schweinefett.*** *Bericht des Wiener Stadtphysikates. 1892.*

Butter wurde in 115 Proben verschiedener Provenienz untersucht. Ein Product, welches unter dem Namen „Lactine" vorkam, war eine Mischung von Butter und Cocosnussfett. In 27 Proben angeblichen Butterfettes war entweder gar keine Butter enthalten, oder nebst anderen Fettarten nur ein geringer Theil Butterfettes als vorhanden anzunehmen. Die Untersuchung wurde zumeist nach dem *Reichart*'schen Verfahren ausgeführt. Eine Probe Rindschmalz, bei einem Bäcker abgenommen, enthielt kein Butterfett; zwei andere enthielten nur wenig davon, bestanden somit zumeist aus anderen Fetten. 6 Schweinschmalzproben waren stark verunreinigt und liessen erkennen, dass sie aus unreinem Fettgewebe und unter gar keiner Sorgfalt dargestellt worden waren. Zwei von diesen Proben waren besonders missfärbig, von schmieriger Consistenz und zerflossen in der Wärme zu trüben, faulig riechenden Flüssigkeiten, in deren Bodensatze zahlreiche Trümmer organischer Gewebe, Haare, Kohlenstaub, Sandkörnchen und Haufen von Mikroorganismen nachweisbar waren. Wasser, welches mit diesen Fettproben geschüttelt wurde, gab mit dem *Nessler*'schen Reagens eine gelbe Trübung. Dem Genusse einer mit diesem Fette zubereiteten Speise wurde eine Gruppe von Krankheitserscheinungen zugeschrieben; zufolge eines ärztlichen Pareres wurde die Untersuchung auch auf einen etwaigen Arsengehalt ausgedehnt, jedoch mit negativem Erfolge. Dr. *E. Lewy.*



# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 339. *Studie über die Hämorrhoiden, die varicösen Geschwüre des Rectum und Anus.*

*Von E. Quénu.*

*(Professor agrégé der medicinischen Facultät und Hospitalchirurg in Paris.)*

*(Revue de chir. 1892. 12.)*

Keine Schleimhaut ist vielleicht mehr ulcerösen Processen ausgesetzt, als die Mucosa anorectalis. Bald stellen sich solche im Verlaufe eines Allgemeinleidens, wie Tuberculose, Dysenterie, Syphilis, Morbus Brightii etc. ein, bald und nicht minder häufig resultiren solche Geschwürsprocesse aus rein localen Ursachen, wie Inoculation eines weichen Schankers, in Folge eines mechanischen Hindernisses oder in Folge eines Neoplasmas. Daneben aber gibt es eine Gruppe von Geschwürsprocessen, welche man mit dem Namen Ulcus simplex recti bezeichnen kann und von denen eine Gattung Gegenstand dieser Studie ist. Ursache desselben kann jede Läsion des Schleimhautüberzuges des Anus und Rectum sein. Sitz des Ulcus simplex recti kann verschieden sein, meistens ist es vom Sphincter begrenzt und ein Analgeschwür oder es ist über dem Sphincter gelegen und daher ein eigentliches Rectalgeschwür.

Ulcus simplex intrasphinctericum. Das häufigste, zuerst von *Böger* im Jahre 1818 genau beschrieben, ist die sogenannte Fissura ani. Daneben finden zwei andere Varietäten Platz, nämlich das Ulcus irritabile et dolorosum (Painful irritable ulcer von *Allingham*) und das Ulcus varicosum chronicum. Die Fissura ani stellt ein gerades, längliches, in den radiären Falten des Anus verstecktes, seichtes, meist nur auf die Schleimhaut beschränktes Geschwür dar. Dasselbe hat sehr bedeutende functionelle Störungen im Gefolge. Schmerzen und Krampf des Sphincter von oft sehr grosser Heftigkeit, bei jeder Stuhlentleerung und sich noch stundenlang an dieselbe anschliessend. Auch Störungen des Allgemeinbefindens können die Folge davon sein. Das Ulcus irritable hat mehr Gemeinsames mit der Fissura ani, weshalb *Allingham* beide in einem Capitel beschreibt. Ersteres hat einzig eine rundliche Form und sitzt ein wenig höher als die Fissura. Während letzteres an der Vereinigungsstelle der äusseren Haut mit der Mucosa vorkommt, steigt das runde Geschwür bis zum Niveau oder selbst über den unteren Rand des Sphincter internus hinauf, weshalb es auch viel schwieriger auffindbar ist als jenes.

Ulcus varicosum chronicum. Dieses wurde zuerst von *Rokitansky* beschrieben. 1871 haben *Péan* und *Malassez* über die Ulcera recti berichtet und dabei eine Form des chronischen Geschwüres beschrieben, welche am Analrande sitzt, besonders an der Commissura posterior und mehr weniger sich gegen den oberen Rand des Sphincter erstreckt. Seine Ränder seien höher und dicker als die der Fissur und haben es die genannten Autoren stets nur bei Hämorrhoidariern beobachtet, weshalb sie diese Geschwüre



ebenfalls als varicöse Ulcerationen auffassen. Auch *Vidal* ist dieser Anschauung. Wegen der geringen, zwischen Fissur und dem Ulcus chronicum von *Malassez* bestehenden, sich fast nur auf die Grössenverhältnisse beziehenden Unterschiede dürfte dieses nur eine vergrösserte Fissur darstellen und die Ursache in einer Aenderung der localen Circulationsverhältnisse der Mucosa liegen. Bei dem Bestande von Hämorrhoiden ist das Entstehen von Fissuren sehr häufig und aus diesen können sehr leicht wahre Ulcera werden. Auch die englischen Pathologen, wie *H. Gripps, Bals* etc., bestätigen das Vorkommen wirklicher Ulcera varicosa am Anus, und der Autor selbst ist der Anschauung, dass es varicöse Fissuren gibt, welche man mit Recht als das Primärstadium dieser Ulcera ansehen muss. Das Ulcus varicosum ist nicht so selten, und es ist deshalb die Vernachlässigung desselben seitens der Autoren auffallend. Man muss dasselbe nur suchen und in allen Fällen von Blutungen aus dem Anus sich nicht mit dem Touchiren begnügen, sondern unter Cocainanästhesirung eine Untersuchung mit dem *Sims*'schen Speculum vornehmen. Beim Weibe erleichtert man sich diese Untersuchung durch Einführung eines Fingers in die Vagina, mittelst dem man den Sphincter von oben nach unten drückt. Verf. hat zu obigen 3 beschriebenen typischen Geschwürsprocessen noch einen 4. auf Grundlage seiner Wahrnehmungen hinzufügen können, nämlich an der Oberfläche von Mastdarmhämorrhoiden vorkommende oberflächliche, leicht blutende Erosionen; dieselben kommen besonders bei alten Leuten vor.

Ulcera simplicia suprasphincterica. Diese kommen in verschiedener Höhe der zweiten Partie des Rectum vor und hat Verf. sie 8—10 Cm. ober der Analöffnung im Rectum gesehen, bald an der vorderen, bald hinteren Rectalpartie. Sie waren 1 bis 3 Cm. im Durchmesser haltend, von rundlicher Form und ungleicher Tiefe, rother Farbe, mit leicht abgehobenen und scharfen Rändern, häufig abnorm vascularisirt. Diagnostisch wichtig ist, dass diese Geschwüre mitunter auf einer indurirten Platte aufsitzen; dieser Befund hat den Autor, als er ein solches Geschwür zum ersten Male zu Gesichte bekam, zum Irrthum in der Diagnose veranlasst, es mit einem Neoplasma zu thun zu haben. Diese Geschwürsgattung ist ziemlich selten. Wie ersichtlich, sind alle diese Geschwürsformen einander sehr ähnlich, und es gibt weder ein klinisches, noch anatomisches Merkmal, welches einer der erwähnten Varietäten ausschliesslich zukommen würde, aber alle haben das Gemeinsame, dass sie auf einer varicös erkrankten Schleimhaut vorkommen. Verf. ist für die klinische Eintheilung in 1. Ulcus irritabile und 2. Ulcus non irritabile.

1. Ulcus irritabile (Painful and irritable ulcer nach *Allingham*). Dasselbe kann rund sein und ist gewöhnlich ein Fistelgeschwür und die Symptomatologie des reizbaren Geschwüres, sei es nun fistulös oder nicht, ähnelt der der Fissura ani.

2. Ulcus varicosum non irritabile. Hierher gehören die oberflächliche Erosion, die kleinen runden supra- oder intrasphincterischen Geschwüre und das breitere Geschwür der Anusöffnung von *Pean* und *Malassez*. Sie kommen bei Erwachsenen



jeden Alters vor, aber am häufigsten bei alten Leuten, bei denen das runde Geschwür ausschliesslich vorzukommen scheint. Allen diesen Geschwüren kommen drei Hauptsymptome zu, nämlich: Störungen der Sensibilität, ein schleimiger, mehr oder weniger eiteriger Ausfluss, und endlich Hämorrhagien. Die Sensibilitätsstörungen sind nicht bedeutend. Sie bestehen in geringem Tenesmus, falschem Stuhldrang oder mehr minder heftigen Schmerzen beim Durchgang der Fäces. Häufig ist der Schleimausfluss, der eine gewisse Bedeutung durch eiterige Beimischung erhält. Der schleimig-eiterige Ausfluss erfolgt entweder mit der Stuhlentleerung oder ohne derselben. Das wichtigste Symptom aber ist die Hämorrhagie. Die Art und Häufigkeit der Blutungen ist sehr verschieden. Sie kann, wie Verf. gesehen hat, so heftig und anhaltend sein, dass binnen einigen Stunden das Leben des Kranken in Gefahr ist. Sie kann heftig sein und sich öfters wiederholen und manche Kranke werden darauf aufmerksam gemacht, durch ein Gefühl der Völle und der Congestion gegen das Perineum. Der Blutverlust beträgt meist nicht mehr als einen Esslöffel und weniger, entweder gelegentlich eines Stuhlganges oder auch häufig sind sie verschieden und wie besprengt. Das Blut ist gewöhnlich hellroth. Die Blutungen können durch ihre oftmalige Wiederholung die Kranken sehr schwächen, insbesonders ist dies bei alten Leuten von schwerwiegender Bedeutung. Sich selbst überlassen können die varicösen Geschwüre durch fortschreitende Cachexie zum Tode führen.

Verf. hat niemals eine grössere Ausbreitung der varicösen Geschwüre auf eine grössere Partie des Intestinalapparates gesehen. Zur Diagnose ist, wie schon bemerkt, eine genaue Untersuchung mit dem Finger und dem Auge nothwendig. Das Ulcus varicosum muss wohl unterschieden werden von den venerischen und syphilitischen Geschwüren, dem tuberculösen Geschwür und endlich von erschwerenden Neoplasmen des Rectum. Die Prognose des Ulcus varicosum ist bei frühzeitiger ärztlicher und chirurgischer Hilfe eine günstige. Die Behandlung wird nach der Art und dem Sitze der Ulceration eine verschiedene sein. Bei Fissuren kommt zuerst die Dilatation in Betracht, falls der Kranke sich hierzu entschliesst. Sonst kann man die Caustica in Form des Nitras argenti, Acid. nitricum oder des salpetersauren Quecksilbers anwenden. Verf. verwendet mit Vortheil die Gallussäure (1 : 20 Glycerin) oder auch Salben von Extr. ratanhiae. Diese Mittel verbunden mit Waschungen des Anus mit Borwasser und einem passenden nährenden Regime erleichtern die Stuhlabsetzungen und führen in der Regel zur Vernarbung. Das runde Geschwür des Analringes kann ebenfalls durch die erwähnten Tonica behandelt werden, häufig aber werden energischere Mittel nöthig. So z. B. das Ferrum candens nach vorausgegangener Dilatation des Afters. Nach Abgang des Schorfes Einlegen von Jodoformwatte. Bei einer kleinen Anzahl Kranker hat Verf. die Exstirpation des Geschwüres mit folgender Nahtbefestigung der Mucosa an die äussere Haut des Afters ausgeführt. Dieses Verfahren ist bei tiefem Sitze des Geschwüres und kleinen Dimensionen desselben sehr empfehlenswerth, nur muss man die Wände wieder am besten in querer Richtung einander zu nähern



versuchen und dabei wie bei der Perineorrhaphie den Faden durch die Gewebe hindurchführen, ohne dass er im Grunde des Geschwüres erscheint.

Bei den oberflächlichen Erosionen ist wegen der steten Gefahr einer Blutung nothwendig, entweder durch Excision oder durch eine andere die kranke Schleimhaut destruirende Behandlung eine dauernde Heilung herbeizuführen trachten. Eine nur oberflächliche Cauterisation ist zwecklos und führt nur neue Hämorrhagien herbei. Die ober dem Sphincter gelegenen Ulcerationen behandelt man am besten mit dem Galvanocauter. Man dilatirt in der Narcose, führt ein *Sims*'sches Speculum ein und cauterisirt die Geschwüre mit kleinen Brennern, mittelst denen man die Geschwüre verschorft. Nachher wird das Rectum mit Jodoformgaze austamponirt und für eine Woche Stublanhaltung vorgesehen. Das Rectum wird mit Borwasser oder Naphthol ausgespült. Nach Abstossung des Schorfes bleibt ein schön und rein granulirendes Geschwür zurück, welches bald vernarbt. Die pathologische Anatomie und die Pathogenese der varicösen Ulcerationen des Rectum wird Gegenstand einer künftigen Arbeit sein. Dr. *Baaz.*

# Literatur.

340. ***Festschrift zur Feier seines 70jährigen Geburtstages am 9. Januar 1893, Friedrich v. Esmarch.*** *Ueberreicht von Schülern, Freunden und Verehrern. Mit dem Bildnisse v. Esmarch's. 8°, X und 463 S. Kiel und Leipzig 1893, Verlag von Lipsius & Tischer.*

Und nennt man die besten Namen der deutschen Chirurgie, so ist der v. *Esmarch's* einer der ersten. An allen Fortschritten der Chirurgie seit beinahe einem halben Jahrhundert selbstthätig mitwirkend, hat sich *v. Esmarch* als Begründer der deutschen Kriegschirurgie, als Erfinder der blutsparenden Binde, die seinen Namen trägt, und als Förderer der im Zeichen des „rothen Kreuzes" wirkenden Krankheitspflege einen Namen erworben, der hohen wissenschaftlichen Ruhm und würdige Volksthümlichkeit zu hellem Klang vereint. An der Seite derjenigen, welche den 70jährigen Geburtstag *v. Esmarch's* durch ihre geistige Arbeit feierten, stehen alle Chirurgen und Aerzte Deutschlands und auch jene, die aus dem Born deutschen Wissens Belehrung schöpfen, um dem Jubilar ihre besten Wünsche darzubringen. Und so wird die vorliegende Gabe der Schüler, Verehrer und Freunde *v. Esmarch's*, welche eine Fülle werthvoller chirurgischer Mittheilungen enthält, das Band noch enger knüpfen, welches *v. Esmarch* durch seine Wissenschaft mit seinen Schülern und Fachgenossen vereinigte. Wir lassen das Verzeichniss der in der Festschrift enthaltenen Aufsätze folgen: Prof. Dr. *Ferd. Petersen*, Kiel: Aus der königl. chirurgischen Poliklinik zu Kiel (mit 15 Abbildungen): I. Geschichte, Zweck, Statistik der chirurgischen Poliklinik. II. Wundbehandlung. III. Seidenwurmfäden. IV. Unblutige Entfernung grösserer Angiome. V. Hasenschartenoperation. VI. Seitliche Durchsägung des Unterkiefers. VII. Behandlung des Schiefhalses. VIII. Behandlung der typischen Radiusbrüche. IX. Arthrodese am Fusse. Dr. *August Bier*, Kiel: Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen und Stauungshyperämie: I. Gelenk- und Knochentuberculose. II. Sehnenscheidentuberculose. III.



Drüsentuberculose. IV. Hauttuberculose. V. Tuberculose des Unterhautzellgewebes. VI. Lupus. VII. Nebenhoden- und Hodentuberculose. *T. Pridgin Teale*, consulting surgeon of the General Infirmary at Leeds, England, On the Use of Diagram and Rough Drawing in the Record of Surgical Cases. Dr. *M. Nonne,* Hamburg: Beiträge zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des Rückenmarkes (mit 1 Abbildung). Prof. *Landerer,* Leipzig: Faustgrosses Angiom der Zunge, Operation, Heilung. Prof. *Eduard Sonnenburg*, Berlin: Ein durch Operation geheilter Fall von innerer Einklemmung (mit 1 Abbildung). Prof. *H. Tillmanns*, Leipzig: Ein zusammenlegbarer leicht transportabler Operationstisch (mit 3 Abbildungen). Dr. *H. Schüssler*, Bremen: Zur *Esmarch*'schen Methode der Operation der tiefen Atheromcysten des Halses (mit 2 Abbildungen). — Brisement forcé eines in gestreckter Stellung ankylosirten Kniegelenkes nach eiteriger Entzündung in Folge von acutem Rheumatismus (mit 2 Abbildungen). Zur Indicationsstellung der Nephrorrhaphie. Ein Fall von Nervendehnung. Dr. *Albert Hoffa,* Würzburg: Die ambulante Behandlung der tuberculösen Hüftgelenksentzündung, mittelst portativer Apparate (mit 78 Abbildungen). Dr. *Franz Dittrich*, Kiel: Ueber tuberculöse Perichondritis der Rippenknorpel. Dr. *T. Lange,* New-York: Kurze klinische Beiträge: I. Vorwort. II. Ueber die hohe Mastdarmresection und Amputation, insbesondere bei specifischen Ulcerationen und ihren Folgezuständen, nebst Bemerkungen über plastische Afterbildung. III. Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden. IV. Beitrag zur Nierenchirurgie. V. Zur acuten spontanen Osteomyelitis. VI. Eine kurze Bemerkung zur Technik in der Nachbehandlung der Ellbogenresectionen. Dr. *Carl Lauenstein,* Hamburg: Zur Chirurgie der Gallenwege (mit 9 Abbildungen). Prof. Dr. *F. Krause*, Altona: Die schweren Fälle von chronischer Panostitis der Röhrenknochen und ihre operative Behandlung (mit 1 Abbildung). Dr. *H. Waitz,* Hamburg: Ueber den Einfluss innerer Darmverwachsungen nach Laparotomien auf die Entstehung von Bauchbrüchen. Dr. *M. Schede*, Hamburg: Ueber den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomien und bei Unterleibsbrüchen: I. Die versenkte Drahtnaht bei Laparotomien und II. Die versenkte Naht bei Unterleibsbrüchen. Dr. *Herm. Kümmel,* Hamburg: Das Endresultat des artificiellen Ersatzes eines Sehnendefectes. Beiträge zu den Cysten des Mesocolons. Dr. *H. Schlange,* Berlin: Beitrag zur anatomischen und klinischen Kenntniss der Cysten in den langen Röhrenknochen: I. Cysten mit geschwulstartiger Umgebung. II. Cysten ohne nachweisbare geschwulstartige Umgebung. Dr. *Hans Schmidt*, Stettin: Prostatectomia alta (mit 3 Abbildungen). Dr. med. *Carl Caspersohn*, Altona: Beitrag zur Klinik der typhösen Knochenentzündungen. — Illustrationen und Ausstattung sind vorzüglich. —*rm.*

341. ***Lehrbuch der Intoxicationen.*** *Von Dr. **Rudolf Kobert**, kais. russischer Staatsrath, o. Professor der Pharmakologie und der Diätetik und Director des pharmakologischen Institutes der Universität Dorpat. Mit 63 Abbildungen im Text, gr. 8°. XX u. 816 S. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.*

Was Verf. in seinem längst vergriffenen Compendium der Toxikologie im Grundriss aufstellte, das soll das vorliegende Lehrbuch der Intoxicationen gewissermassen als fertiger Ausbau, soweit dieser Ausdruck in unserer Wissenschaft Berechtigung hat — darbieten. Allerdings deutet die Aenderung des Titels Toxikologie in „Lehrbuch der Intoxicationen" zugleich auf die bedeutende Entwicklungsphase hin, welche die Medicin

durch die Pathogenese auf bacteriologischer Grundlage erfahren hat. Verf. citirt in der Einleitung die Worte eines deutschen Klinikers, der da meint, dass Symptome und Behandlung jener Krankheiten — Typhus, Cholera, Tuberculose, Milzbrand u. s. w. —, die als hochcomplicirte Intoxicationen aufgefasst werden müssen, ohne eine gründliche Kenntniss der Wirkungen der Alkaloide, Glykoside gar nicht verstanden werden. Gewiss kann man sich keine bessere Propädeutik der Symptomatologie der Infectionskrankheiten vorstellen, als das methodische Studium der Symptome, welche durch Giftwirkung einfacher oder zusammengesetzter Stoffe von bekannter Constitution im thierischen Organismus erzeugt und durch die verschiedenen Agentien beeinflusst werden können. Und doch, wer studirt an der Universität Toxikologie? Erst wenn die Praxis an den Gerichtsarzt, Sanitätsrath, Gerichtschemiker herantritt, oder wenn der fertige Arzt seinem Forschertriebe folgend, an das pharmakologische oder toxikologische Experiment herantritt, greift man zur Toxikologie. In der vorliegenden Form hat Verf. ein Werk geschaffen, welches auf moderner Grundlage nicht nur das ganze Gebiet der experimentellen Toxikologie, soweit sie bisher einen Zweig der Pharmakologie und forensischen Medicin bildete, umfasst, sondern in welchem auch die giftigen Stoffwechselproducte eingehender, als dies bis jetzt in einem Handbuche geschehen, behandelt werden. Für die Gediegenheit der Durchführung bürgt der Name des Verf.'s. Was eigene Erfahrung, gesundes Urtheil und Kenntniss der Literatur bei Abfassung eines grossen, so verschiedene Wissensgebiete berührenden Werkes schaffen können — ist hier zur That geworden. Reichliche Literaturangaben am Ende eines jeden Abschnittes machen das Werk auch dem Forscher brauchbar, sagen wir besser, unentbehrlich. *Loebisch.*

342. ***Leitfaden für den geburtshilflichen Operationscurs.*** *Von Dr.* ***Albert Döderlein****, Privatdocent für Geburtshilfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig. Mit 98 Abbildungen. VIII u. 125 S. 8°. Leipzig 1893, Verlag von Eduard Besold (Arthur Georgi).*

Der vorliegende Leitfaden soll in erster Linie zur Erleichterung für Lehrer und Hörer ein Taschenbuch für den geburtshilflichen Operationscurs darstellen und überdies dem angehenden Geburtshelfer als ein Büchelchen dienen, aus dem er sich unmittelbar vor einer Operation noch einmal über die Einzelheiten derselben Rath holen kann. Diesen Zweck erreicht Verf. namentlich dadurch, dass er in dem Leitfaden der bildlichen Darstellung die erste Stelle einräumt. So sind im ersten theoretischen Abschnitte die Capitel über Lage und Haltung der Frucht, sowie über den Geburtsmechanismus durch Illustrationen versinnlicht und Jedermann, der schauen kann, ist in der Lage, mit Hilfe eines kurzen erklärenden Textes sich über die nöthigen Einzelheiten zu belehren und die richtige Vorstellung seinem Gedächtnisse einzuprägen. Der zweite Theil enthält die am Phantom einzuübenden Operationen ebenfalls mit ausführlicher bildlicher Wiedergabe der Technik derselben. Die Abbildungen sind theils den Werken von *Zweifel*, *v. Winckel*, *Varnier* und *Faraboeuf* entnommen, zum grossen Theil wurden sie vollständig neu und original nach sorgfältigen, in den feinsten Details ausgearbeiteten Zeichnungen mittelst Autotypie hergestellt. Mit vielem didactischen Geschicke sind die Hauptphasen der einzelnen Operationen im Text und in der bildlichen Darstellung hervorgehoben. Das Büchelchen entspricht seiner Aufgabe in bester Weise. *—r.*



343. ***Repetitorium der Chemie*** *mit besonderer Berücksichtigung der für die Medicin wichtigen Verbindungen, sowie des Arzneibuches für das deutsche Reich, namentlich zum Gebrauche für Mediciner und Pharmaceuten bearbeitet von Dr.* ***Carl Arnold,*** *Professor der Chemie an der königl. thierärztlichen Hochschule zu Hannover. Fünfte verbesserte und ergänzte Auflage. Hamburg und Leipzig 1893, Verlag von Leopold Voss.*

Der vierten Auflage von Verf.'s Repetitorium der Chemie folgte in der kurzen Frist von zwei Jahren die vorliegende fünfte. Verf., dem ein solcher anerkennender Erfolg geworden, hat auch diesmal durch sorgfältige Revision und Zusätze sein Werk mit den Fortschritten der Chemie in Einklang gebracht und die Brauchbarkeit desselben in jeder Richtung gesichert. Die im „Arzneibuche für das Deutsche Reich" enthaltenen Körper wurden mit * bezeichnet, die Beschlüsse des internationalen Congresses zur Reform der chemischen Nomenclatur als Anhang aufgenommen, die Uebersicht über die wichtigsten aromatischen Gruppen wurde durch eingefügte Tabellen erleichtert. *—sch.*

344. ***Grundriss der Augenheilkunde,*** *ein Compendium für Studirende und Aerzte. Von Dr.* ***G. Gutmann,*** *Augenarzt in Berlin. Mit 93 Figuren im Text und einem Durchschnitt des Auges. VI und 293 S. 8°. Stuttgart 1893, Ferdinand Enke.*

Der vorliegende Grundriss der Augenheilkunde soll die Aufgabe erfüllen, den wesentlichen Inhalt der Vorträge und Demonstrationen dem Studirenden und auch dem Praktiker mit geringem Zeitaufwand in's Gedächtniss zurückzurufen und einzuprägen. Theoretische Grundlehren für die Krankheiten der einzelnen Augenabschnitte, sowie kurze Krankheitsskizzen sind als erläuternde Beigaben im Kleindruck gehalten. Die Brauchbarkeit des Compendiums wird wesentlich dadurch erhöht, dass die optischen Fehler des Auges und ihre Feststellung immerhin so ausführlich behandelt sind, dass sie den Leser in den Stand setzen, allen Anforderungen der augenärztlichen Praxis genügen zu können. Der zweite Abschnitt ist den Untersuchungsmethoden und der allgemeinen Therapie der Augenkrankheiten gewidmet. In 14 Capiteln sind die eigentlichen Augenkrankheiten prägnant geschildert, ihre Symptome, Ursachen und Therapie nach den neuesten Grundsätzen der Doctrin mitgetheilt, das Glaucom in seinen verschiedenen Formen dargestellt und die verschiedenen Glaucomtheorien kurz wiedergegeben. Der vierte Abschnitt enthält die Schilderung der Augenoperation. Im Anhang wird die Methode der Untersuchung des Augenkranken dargestellt. Der Augendurchschnitt nach *Flemming* ist von einer nach den Angaben des Prof. *H. Virchow* verbesserten Abbildung abgezeichnet worden. Das vorliegende Compendium erfüllt seine Aufgabe nach jeder Richtung hin. *—er.*

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

345. ***Ueber die Bedeutung des Fettes in der Nahrung.*** *Von Prof.* ***A. Fick.*** *Vortrag in der Sitzung der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg 1892. (Sitzungsberichte der physikal.-med. Gesellschaft zu Würzburg. 1892. 7 u. 8.)*

Bekanntlich gehören die Nahrungsstoffe im engsten Sinne des Wortes, die im Stoffwechsel eine mehr oder weniger vollständige Verbrennung erleiden, drei Gruppen von Kohlenstoffverbindungen an, näm-





lich der Gruppe der Eiweisskörper, der Gruppe der Kohlehydrate und der Gruppe der Fette. Merkwürdigerweise ist die fundamentale Frage, welche verschiedenen Functionen diese drei verschiedenen Stoffgruppen im thierischen Haushalte vollziehen, so oft sie auch Gegenstand von Untersuchungen gewesen ist, noch nicht mit voller Sicherheit gelöst. Nur das ist von vornherein selbstverständlich, dass zum Aufbau neuer Zellen und zur Wiederherstellung alter, deren Gehalt an stickstoffhaltigen Bestandtheilen Verluste erlitten hat, Zufuhr von Eiweiss in der Nahrung unentbehrlich ist. Es ist aber keineswegs sicher, dass alles in der Nahrung zugeführte Eiweiss diesem Zwecke dient. Es gilt ferner noch als ausgemacht, dass die zur Erzeugung der für den Thierkörper erforderlichen mechanischen Arbeit und Wärme dienenden Brennmaterialien stickstofffreie Kohlenstoffverbindungen sind, die sich der Thierkörper meist aus den Kohlehydraten und Fetten der Nahrung bereitet, die er aber höchst wahrscheinlich auch aus Eiweisskörpern darstellen kann. Die sehr verschiedene Zusammensetzung der regelmässigen Nahrung verschiedener Thierarten und Menschenclassen lässt vermuthen, dass der thierische Organismus wohl im Stande ist, seinen ganzen Bedarf an stickstofffreiem Brennmaterial aus jeder einzelnen der drei Hauptgruppen von Nahrungsstoffen zu erzeugen. Wenn es also auch kaum bezweifelt werden kann, dass der Thierkörper sowohl mit Fett als mit Kohlehydrat nöthigenfalls seinen ganzen Bedarf an Brennmaterial bestreiten kann, so gibt es doch Gründe, anzunehmen, dass in dem ganz normal oder ideal geführten Haushalte des Thierkörpers den Fetten und den Kohlehydraten verschiedene Rollen zukommen; mit anderen Worten, dass es zwei Arten der Verbrennung gibt und dass zur einen aus Fett, zur andern aus Kohlehydraten das Material zweckmässiger bereitet wird. In diesem Sinne spricht schon die Thatsache, dass fast alle nicht durch ökonomische Rücksichten in der Auswahl ihrer Nahrungsmittel beschränkten Menschen neben den unentbehrlichen Eiweisskörpern Fette und Kohlehydrate aufsuchen. Ein ganz besonders nachdrücklicher Fingerzeig in dieser Richtung ist darin zu finden, dass die Natur selbst dem Säuglinge in der Milch ein doch ohne Zweifel absolut zweckmässiges Nahrungsmittel darbietet, das neben Eiweiss Körper der beiden anderen Gruppen der Fette und der Kohlehydrate enthält. Das Verhältniss, in dem der Fettgehalt zum Zuckergehalte der Milch steht, ist bei verschiedenen Thieren verschieden. Bei den meisten Arten, insbesondere auch beim Menschen, ist bekanntlich der Zuckergehalt grösser als der Fettgehalt. Eine sehr merkwürdige und wohl wenig bekannte hierher gehörige Thatsache hat vor einigen Jahren der Chemiker *Purdy* in St. Andrews gefunden, dass nämlich die Walfischmilch den enormen Fettgehalt von rund 40% aufweist. Dies verschiedene Verhältniss zwischen Fett und Zuckergehalt der Milch wäre vom teleologischen Gesichtspunkte aus gar nicht zu verstehen, wenn nicht Fett und Zucker verschiedene Aufgaben im Stoffwechsel hätten, obwohl im Nothfalle der Zucker die Aufgabe des Fettes oder das Fett die Aufgabe des Zuckers lösen kann.

Um zu einer gegründeten Vermuthung über die Bedeutung des Fettes im Stoffwechsel zu kommen, gehe ich aus von der heutzutage — wenn ich nicht irre — von den meisten Physiologen gebilligten Annahme, dass das krafterzeugende Brennmaterial im Muskel eine der Kohlehydratgruppe angehörige Verbindung, das Glycogen, oder eine ihm sehr ähnliche Verbindung ist. Bei der die mechanische Arbeit leistenden



Verbrennung der Kohlehydrate im Muskel wird nun stets unvermeidlich nebenher ein sehr namhafter Betrag von Wärme erzeugt, die sich durch das vom Muskel zurückströmende Blut im ganzen Körper verbreitet und zur Erhaltung der Körpertemperatur dient. Es ist offenbar denkbar, dass unter gewissen Umständen diese gleichsam als Nebenproduct bei der Arbeitserzeugung gewonnene Wärme schon ausreicht, um die Körpertemperatur auf ihrer normalen Höhe zu halten. Es ist aber auch möglich, dass unter anderen äusseren Bedingungen jene Wärmemenge zu klein ist, und dass zur Erhaltung der Körpertemperatur noch andere Verbrennungen stattfinden müssen. Zur Erläuterung meines Gedankenganges will ich den thierischen Körper vergleichen mit einem Hause, in dem eine Dampfmaschine (das Muskelsystem) zu arbeiten hat und dessen Räume sämmtlich auf einer bestimmten Temperatur zu halten sind. Die Feuerung unter dem Dampfkessel erzeugt auch neben der mechanischen Arbeit freie Wärme, die zur Erhaltung der Temperatur im Innern des Hauses verwandt werden und unter Umständen dazu vollständig ausreichen kann. Ist aber die Temperatur der das Haus umgebenden Luft sehr niedrig und sind sonst die Wärmeableitungsbedingungen sehr günstige, dann reicht die von der Kesselfeuerung als Nebenproduct gelieferte Wärme zur Heizung des Hauses nicht aus, dann müssen in ihm noch besondere Oefen zu diesem Zwecke aufgestellt und geheizt werden. Da ist es denn wohl möglich, dass entsprechend der verschiedenen Construction der Heizöfen und des Kesselherdes für jene nicht dasselbe Brennmaterial geeignet ist, wie für diesen, und dass demnach zweierlei Brennmaterial in das Haus einzuführen ist. In der Ausdrucksweise dieses Vergleiches spreche ich nun die Vermuthung aus, dass die Kesselfeuerung im Thierkörper am besten aus den Kohlehydraten der Nahrung bestritten wird, die daneben wohl meist noch unentbehrliche blosse Ofenfeuerung dagegen am zweckmässigsten durch Fett gespeist wird. Im Sinne dieser Vermuthung spricht vor Allem der Umstand, dass der Fettgehalt in der Nahrung solcher Individuen besonders hoch zu sein pflegt, die unter Bedingungen leben, unter denen ein Bedürfniss nach reiner Heizung in besonders hohem Masse zu erwarten ist. Das gilt vor Allem vom Säugling überhaupt. Seine Muskeln leisten wenig Arbeit. Es wird also bei ihm auch die bei der Arbeitleistung als Nebenproduct auftretende Wärmemenge nur klein sein. Bei seinem kleinen Volum ist aber die Abkühlungsoberfläche und mithin das Bedürfniss nach „Heizung“ des Körpers verhältnissmässig gross. Dementsprechend sehen wir denn die Natur dem Säuglinge eine Nahrung darbieten, die meist nahezu ebensoviel Fett (Heizmaterial) als Zucker (krafterzeugendes Brennmaterial) enthält. Geradezu entscheidend — möchte ich fast sagen — spricht in diesem Sinne der vorhin schon erwähnte colossale Fettgehalt der Walfischmilch. Man denke nur an die colossalen Wärmeverluste, die der kleine Körper des Walfischsäuglings in dem kalten Wasser der Polarmeere erleiden muss. Auch die instinctive Auswahl der Nahrung der erwachsenen Menschen passt ganz zu der ausgesprochenen Hypothese. In der That, dem Tropenbewohner genügt gewiss zur Erhaltung der Körpertemperatur die als Nebenproduct bei der Arbeitsleistung erzeugte Wärme; er hat dementsprechend kein Bedürfniss nach dem besonderen Heizmateriale, er geniesst wenig Fett. Der Bewohner der Polargegenden umgekehrt kann sein Bedürfniss nach Heizung des Körpers offenbar am besten durch sehr bedeutende Fettmengen in der Nahrung befriedigen. Ich möchte noch eine Thatsache

mit meiner Hypothese in Beziehung bringen, wenn ich auch zugeben muss, dass ihre Beweiskraft gering ist. Es ist die Thatsache, dass Individuen, die regelmässig erhebliche Mengen Alkohol geniessen, zu reichlichem Fettansatze neigen. Im Sinne meiner Hypothese könnte man diese Thatsache folgendermassen deuten. Der Alkohol kann zwar nicht in den Muskel- und Nervenzellen als functionelles Brennmaterial verwandt werden, wohl aber vielleicht in den hypothetischen Oefen des menschlichen Organismus als reines Heizmaterial, und seine Verbrennung würde somit die Verbrennung einer gewissen Fettmenge ersetzen, die dann zur Ablagerung im Zellgewebe käme. Es könnte scheinen, als ob diese Erklärung der allgemein bekannten Erfahrung widerspräche, dass der Genuss des Alkohols in den Polargegenden besonders verderblich wirkt. Dieser scheinbare Widerspruch schwindet aber sogleich, wenn man daran denkt, dass der Alkohol, dessen Verbrennung allerdings unzweifelhaft Wärme erzeugt, zugleich den Abfluss der Wärme aus dem Körper in hohem Masse begünstigt. Um mit den Worten des vorhin gebrauchten Vergleiches zu sprechen — die Zufuhr von Alkohol wirkt geradeso, als wenn man in den Ofen eines zu heizenden Zimmers Kohlen zulegt, zugleich aber Thüren und Fenster öffnet.

Jeder, der die vorstehenden Betrachtungen begründet findet, wird sogleich die Frage aufwerfen, wo die blos heizend wirkenden Verbrennungen vor sich gehen. Leider bin ich nicht im Stande, hierüber eine auch nur einigermassen wahrscheinliche Vermuthung aufzustellen. Nur das möchte ich hierüber sagen, dass schwerlich das Blut der Schauplatz der fraglichen Verbrennungen ist, denn sie müssen doch offenbar zweckmässiger Weise wie die krafterzeugenden unter dem regulirenden Einflusse des Nervensystemes stehen.

# Kleine Mittheilungen.

346. ***Gegen Bandwurm*** empfiehlt **Stephens** Cascara Sagrada nach folgender Verordnungsweise:

Rp. *Extr. Cascar. Sagrad. Fluid* *24·0.*
*Syr. cort. aurant.* *100·0.*

MDS. 3mal täglich 1 Kaffeelöffel voll zu nehmen. (Für Kinder 3mal täglich ½ Kaffeelöffel.)

(Therap. Monatshefte, Januar 1893.)

347. Ein angenehmes ***Jodpräparat*** ist nach **Fournier** folgende Formel:

*Syr. simplex* *350·0.*
*Anisette de Bordeaux* *150·0.*
*Jodkalium* *25·0.*

Ein Esslöffel dieser Mischung enthält genau 1·0 Grm. Jodkalium. Sie soll auch dem verwöhntesten Gaumen behagen. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 10.)

348. ***Gegen Blutung nach Zahnextraction*** empfiehlt Dr. **Scheff** (Ash's Quarterly Circular) das tropfenweise Einträufeln von heissem Wasser in die Alveole. Der Erfolg ist ein sehr zufriedenstellender.

(Chem.-Ztg. 1893. 5. — Therap. Revue der „Allg. Wr. med. Ztg.")

349. ***Zur Therapie der Gonorrhoe.*** *Von **M. Watier.** (The med. Bull. 1893. Februar. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 13.)*

Um die durch Sublimat hervorgerufenen Schmerzen bei Gonorrhoe zu beseitigen, verbindet Verf. dasselbe mit Antipyrin und verwendet folgende Formel:

*Hydrarg. bichlor. corrosiv.* *1,*
*Antipyrin.* *100,*
*Aq. dest.* *10.000.*

4mal täglich einspritzen und so lange als möglich in der Urethra lassen.



## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Esmarch, Dr. Friedrich v.,* Professor der Chirurgie in Kiel. Handbuch der kriegschirurgischen Technik. Gekrönte Preisschrift. Vierte Auflage. Durchgehends neu bearbeitet, vermehrt und verbessert von Dr. Fr. v. Esmarch und Dr. E. Kowalzig. I. Bd. Verbandlehre. Kiel und Leipzig 1893, Verlag von Lipsius & Tischer.

Festschrift zur Feier seines 70jährigen Geburtstages am 9 Januar 1893, Friedrich v. Esmarch. Ueberreicht von Schülern, Freunden und Verehrern. Kiel und Leipzig 1893, Verlag von Lipsius & Tischer.

*Réthi, Dr. L.,* gew. Operationszögling und em. Assistent der laryng. Abtheilung an der Poliklinik in Wien. Motilitätsneurosen des weichen Gaumens. Eine klinische Studie. Wien 1893, Verlag von Alfred Hölder, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

***Der XI. internationale medicinische Congress*** findet vom 24. September bis 1. October 1893 in Rom statt. Das unterzeichnete Comité, welches sich constituirt hat, um die österreichischen Aerzte zur lebhaften Betheiligung an diesem Congresse anzuregen, hat sich mit den medicinischen Facultäten Cisleithaniens in Verbindung gesetzt, um deren gütige Unterstützung zu dem gedachten Zwecke nachsuchend. Ausserdem beehrt sich das Comité, auch auf diesem Wege sowohl die einzelnen Herren Collegen auf den Congress hinzuweisen, wie die ärztlichen Vereine, welche dies noch nicht gethan haben, zu ersuchen, einige Mitglieder als Delegirte des internationalen Congresses zu Rom bezeichnen zu wollen. Zuschriften werden erbeten unter der Adresse: ***An die I. medicinische Klinik zu Wien, Allgemeines Krankenhaus.*** (Angelegenheit des internationalen Congresses zu Rom.)

Nothnagel, Albert, Chrobak, Exner, Zuckerkandl.

**Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.**
**Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.**
**Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

350. ***Verkleinerung der Leber bei gleichbleibender Dämpfung.*** *Von* ***C. Gerhardt.*** *(Zeitschr. f. klin. Med. 1892. Bd. XXI. Schmidt's Jahrb. 1893, pag. 139.)*

Nur auf den Befund der Percussion hin, kommen oft Täuschungen über die Lebergrösse vor, wie in dem von Verf. beobachteten und durch Section erwiesenen Fall. Eine 31 Jahre alte Näherin erkrankte am 20. April 1891 mit Magenschmerz und Gelbsucht und innerhalb 3 Wochen ging Patientin unter den Symptomen der acuten gelben Leberatrophie zu Grunde. Man konnte den Verdacht auf Phosphorvergiftung nicht ausschliessen, nur fehlte in dem Bilde der acuten Leberatrophie die Leberverkleinerung, denn das Organ behielt beständig eine Höhe von $8^1/_2$ Cm. — Die Autopsie ergab gelbe Leberatrophie, Gewichtsabnahme der Leber, die Oberfläche war mit dem Zwerchfell verwachsen, besonders an einer Schnurfurche. — Durch Darmtheile kann eine atrophisch weiche Leber, besonders durch das Colon transversum von der Bauchwand abgedrängt und so ein falsches Percussionsresultat gewonnen werden, was allerdings im vorliegenden Falle wegen der zahlreichen Verwachsungen nicht zutraf. — Bei Meteorismus und der dadurch eintretenden Steigerung des abdominalen Druckes oder durch Flüssigkeitserguss kann die Leber abgedrängt werden, die Percussion ein falsches Bild ergeben; auch Einklemmungserscheinungen, wie *Kussmaul* sie beobachtete, ergeben solche Percussions-Irrthümer. *Hausmann*, Meran.

351. ***Actinomycosis hominis intestinalis.*** *Von* ***S. Laache.*** *(Norsk Magazin. 1892, 12, pag. 1434.)*

Der erste norwegische Fall von Actinomycose beim Menschen wurde 1887 von *Holst*, ein zweiter später von *Ramm* beobachtet. Hierzu kommt ein dritter, von Verf. auf der medicinischen Abtheilung B. des Krankenhauses von Christiania behandelter Fall von visceraler Actinomycose. Der Kranke, welcher ein paar Jahre früher an Verdauungsstörungen gelitten hatte, hatte wegen ähnlicher Störungen, die in Erbrechen, Verstopfung und Schmerzen in beiden Schamgegenden bestanden, woran sich Entwicklung mehrerer kugeliger Geschwülste unter leichten Fieberbewegungen schloss, sowie wegen Abmagerung und Anämie das Hospital aufgesucht. Die Eröffnung der grössten Geschwulst, die im Centrum erweicht war, ergab die Existenz einer grösseren Menge schwefelgelber Körnchen von verschiedener Grösse und Anordnung in der granulirenden Wundfläche, die sich mikroskopisch als Actinomycoserosetten auswiesen. Der Kranke ging unter Zunahme der Cachexie in 3 Monaten zu Grunde; bei der Section fand sich Perityphlitis und ein grosser





Abscess der Leber. Für die Aetiologie ist es nicht ohne Interesse, dass der Kranke Kutscher war und in Folge seiner Beschäftigung viel in Contact mit Gras und Korn gerieth, auf das man gegenwärtig den Strahlenpilz zurückführt. *Th. Husemann.*

352. ***Ein eigenartiger Fall von Trigeminusneuralgie.*** *Von Dr.* ***Géza Sternberg,*** *Nagy-Károly. (Gyógyászat. 1893. 3. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 14.)*

Eine 71jährige Frau, die bereits vor drei Jahren an einer Neuralgia trigemini litt, erkrankte abermals an derselben, und fiel es gleich auf den ersten Blick auf, dass der Nasenrücken, der linke Nasenflügel und die äusseren Nasenöffnungen mit einer alten schwarzen Kruste und Schmutz bedeckt sind; die Kranke nämlich fürchtete diese Nasentheile zu waschen, da hierdurch schmerzhafte Anfälle ausgelöst werden. Die Patientin gibt an, bei der leisesten Berührung eines Punktes der Nasenspitze die heftigsten, in den Nasenrücken, die Nasenwurzel und die inneren Augenwinkel ausstrahlenden Schmerzen zu verspüren, die von gesteigerter Thränenabsonderung, Ciliarinjection und clonischem Blepharospasmus begleitet sind. Eine eingehendere Untersuchung stellte fest, dass diese Schmerzen nie spontan, sondern stets nur auf Berührung der gewissen Stelle auftraten, so dass man mit Recht folgern konnte, es handle sich um eine auf umschriebener Neuritis oder einem Neurom beruhende Hyperalgesie. Der schmerzhafte Punkt entsprach dem Endpunkte des aus dem nasociliaren Zweig des 1. Trigeminusastes entspringenden Ramus ethmoidalis. Drückte man heftig auf den Nasenrücken und glitt man langsam mit dem Finger nach unten, bis man auf die schmerzhafte Stelle stiess, dann stellte sich so lange kein Schmerz ein, als man diese Stelle stark drückte; in dem Momente jedoch, als man mit dem Drucke nachliess, trat der Anfall mit ganzer Intensität auf. Derartige, blos auf den nasociliaren Ast sich erstreckende Neuralgien sind nicht häufig, und wiewohl dieser Paroxysmus von vasomotorischen, trophischen und reflectorischen Symptomen begleitet war, fehlte doch ein Hauptkriterium der Neuralgie, die Spontaneität der Schmerzen, so dass dieser Fall eher als cutane Hyperalgesie zu bezeichnen ist. Vor drei Jahren bewährte sich bei dieser Patientin Natr. salicyl., diesmal jedoch versagte es den Dienst. Da Patientin in eine Operation nicht einwilligen wollte, versuchte man Salol, das von einem auffälligen Resultate begleitet war. Die Anfälle verringerten sich und nach drei Monaten verliess Patientin relativ gebessert das Spital.

353. ***Gastrovasculäre Neurosen des Sympathicus abdominalis.*** *Von* ***F. Bergiotti*** *und* ***L. Bordoni.*** *(Atti della r. accad. dei fisiocr. in Siena 1891. Fasc. 7 u. 8. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 20.)*

Die Verff. beschäftigen sich hier mit einer Gruppe von Affectionen, die einen Platz in den Handbüchern der Pathologie bisher so gut wie gar nicht gefunden haben, trotzdem sie ihr häufig auf klinischem Gebiete begegnet sind. Dieselbe umfasst Fälle, deren Symptomatologie sich auf bestimmte nervöse Störungen des Magen- und Gefässsystems (besonders arterielle), des Unterleibes bezieht und deshalb als eine wirkliche, hysterische Neurose des Nervus sympathicus abdominalis zu betrachten ist. Nach Verf.



findet man oft Kranke, die von schmerzhaften, gastralgischen und epigastralgischen Paroxysmen, verbunden mit schmerzhaften Erscheinungen längs des Verlaufes der grossen arteriellen Unterleibsgefässe, befallen wurden. Bei denselben ergibt sich durch die Palpation eine erhebliche Empfindlichkeit in der Magengegend und charakteristische Schmerzhaftigkeit der Bauchaortagegend längs des Verlaufes der Arteriae iliacae, die sich zuweilen bis in die crurales fortsetzt. Dabei ist der Aortenpuls häufig verstärkt und von der Kranken wie ein schmerzhafter Stoss empfunden, der sie bei jedweder Körperlage belästigt. Die Auscultation ergibt eine energische Diastole, durch welche man bestimmt den Aortenton hört. Sehr oft stellt sich Cardiospasmus ein und der Ictus cordis ist stark und empfindlich. In Uebereinstimmung mit diesen Erscheinungen entwickelt sich allgemein ein Zustand der Hyperaction der Magenmusculatur, der sich durch sehr frequente Borborygmen des Pylorus, schon in der Ferne hörbar, manifestirt. Bisweilen begegnet man spastischen Symptomen des Pylorus, andauernden Brechbewegungen, die bei leerem Magen sehr lästig für den Kranken sind. Gewöhnlich liegt eine übermässige Absonderung von Salzsäure vor, die von differentieller Bedeutung erscheint gegenüber dem Catarrh und Magengeschwür. Der Darm befindet sich in paretischem, meteoristischem Zustand, der zu hartnäckiger Constipation führt. Bisweilen entwickelt sich plötzlich intensive Diarrhoe, die dann ebenso aufhört, um neuerdings mit Verstopfung abzuwechseln. Im Allgemeinen steigert sich der Schmerz sofort (wahrscheinlich in Folge von Hyperästhesie der Schleimhaut) nach Einführung von Speisen. Am meisten charakteristisch für das Wesen dieser Affection bleibt einerseits der durch Palpation des Epigastriums und der Gegend der grossen Unterleibsarterien hervorgerufene Schmerz und andererseits die spontanen schmerzhaften Anfälle, die — unabhängig von Einführung der Speisen — ab und zu im Laufe des Tages, verbunden mit einem zusammenschnürenden Gefühl des Epigastriums, mit Globus hystericus, zuweilen mit einem drückenden Schläfen-, Stirnkopfschmerz, Röthung des Gesichtes und Cardiospasmus auftreten. Eine Hyperästhesie der Haut, des Epigastriums und auch andere äussere, hysterische Symptome können zuweilen angetroffen werden. Die Affection scheint mehr das weibliche, als das männliche Geschlecht zu befallen (3 : 1) und direct auf vasomotorischen, sympathischen Störungen zu beruhen, die die neuralgischen Anfälle nachträglich hervorrufen.

354. ***Ueber die Complication chronischer Herzkrankheit mit Schwangerschaft.*** *Von Prof. Leyden. Vorgetragen in der Gesellschaft der Charité-Aerzte zu Berlin am 2. März 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 23.)*

Der Vortragende resumirt seine Darlegungen in folgenden Sätzen: 1. Herzkranke Frauen concipiren ebenso leicht wie gesunde. 2. Herzkranke Frauen erleiden häufig spontanen Abort. Dies ist als Heilbestreben der Natur zu betrachten. 3. Schwangerschaft bringt für herzkranke Frauen die Gefahr einer Verschlimmerung ihres Zustandes, aber auch eine unmittelbare Lebensgefahr. 4. Der Tod erfolgt mindestens in $^1/_5$ der Fälle, meist bald nach

der Entbindung, gewöhnlich an Lungenödem. 5. In der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Mitralfehler, meist Stenosen. Dies liegt daran, dass Aortenfehler bei jüngeren Frauen überhaupt selten sind. 6. Der Arzt soll herzkranken Mädchen vom Heiraten abrathen. Heiraten sie doch, so soll man vermeiden, ihnen wegen des Herzfehlers Furcht einzuflössen. 7. Bei Herzkranken muss zu häufiger Eintritt der Schwangerschaft vermieden werden. 8. Während der Schwangerschaft muss auf Nierensecretion, Athmung, Ernährung und Gemüthsstimmung das Hauptaugenmerk gerichtet werden. 9. Treten Compensationsstörungen ein, welche sich nicht beseitigen lassen und zunehmen, besonders aber, wenn die Ertragungsfähigkeit der Patientin abnimmt, so schreite man zur künstlichen Frühgeburt. 10. Die Resultate der künstlichen Frühgeburt werden besser werden, wenn man nicht den letzten Moment abwartet. 11. Man wende in der Geburt zur Erleichterung Chloroform an. 12. Von grösster Bedeutung ist es, die Kranke physisch und moralisch in Ruhe zu halten.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

355. ***Ueber die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie und genuinen Epilepsie mittelst Injectionen normaler Nervensubstanz.*** *Von Prof.* ***Babes****, Bukarest. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Auf Veranlassung des Verf. wurden im Irrenhause von Dr. *Tomescu* mit auffallendem dauernden Erfolge Melancholiker, vom Verf. selbst Neurastheniker und Epileptiker, letztere mit nicht anhaltendem Resultate, behandelt. Die Methode ist subcutane Injection einer Emulsion von Gehirnsubstanz. Ein Theil grauer Hirnsubstanz von ganz frisch geschlachteten Schafen wird mit fünf Theilen Bouillon oder physiologischer Kochsalzlösung verrieben und dann durch Typhonlagen, Gaze- oder Mulllagen gepresst. Die gewöhnliche Verbandgaze wird zu diesem Zwecke eine halbe Stunde in einem Thermostaten auf 120° erhitzt, dann auf etwa vier Lagen desselben die Emulsion gegossen, die Gaze sorgfältig über die Flüssigkeit zusammengefaltet und mittelst Schraubbewegungen an den Enden durchgepresst, Alles dies aseptisch. Die Behandlung geschieht in den Sommermonaten. Contraindication bilden nervöse Erregungszustände, tiefgreifende acute oder subacute entzündliche oder degenerative Erkrankungen der Nerven und des Centralnervensystems. Die im Ganzen günstigen Resultate rechtfertigen eine Nachprüfung der Vorschläge.

*Hausmann*, Meran.

356. ***Ein Fall von Carbolsäurevergiftung.*** *Aus der med. Klinik zu Upsala mitgetheilt von* ***Lincoln Paykall****. (Upsala Läkareförenings Forhandlingar. 1892, Bd. XXVII, Heft 6, pag. 278.)*

Die Anwendung von Brechmitteln, auch selbst die subcutane Anwendung von Apomorphin, hat bei narcotischen Vergiftungen den Uebelstand, dass die Wirkung manchmal ganz ausbleibt oder sich erst einstellt, wenn sie überhaupt nicht mehr nöthig ist.



Dies gilt auch für die Carbolsäurevergiftung, bei der man daher, wenn irgend möglich, die Magenausspülung vornehmen muss. In einem vom Verf. beschriebenen, günstig verlaufenen Falle kehrte das Bewusstsein in 5 Stunden wieder, und gleichzeitig machte sich auch die bis dahin vermisste Apomorphinwirkung geltend. Der Fall bietet ausserdem das Interessante, dass der Harn am Tage nach der Vergiftung kein Eiweiss, wohl aber reichlich Faserstoffcylinder enthält. *Th. Husemann.*

357. ***Zur Behandlung des verletzten Gehirns.*** *Von Prof.* ***Adamkiewicz.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 2. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 11.)*

Verf. hat sich der Mühe unterzogen, den Einfluss der üblichen Antiseptica auf das Gehirngewebe exact zu prüfen und festzustellen, ob die fäulnisswidrigen Wirkungen der gebräuchlichen antiseptischen Mittel nicht zu theuer erkauft würden durch den Schaden, welchen dieselben als chemisch differente Substanzen der Nervenmasse zufügen. Die chemischen Stoffe können von drei Pforten aus auf das Gehirn einwirken: von der Oberfläche, von den Blutgefässen und vom Gehirnparenchym. Wie sehr sich nun die Wirkungen ein und desselben Stoffes auf das Gehirn unterscheiden, je nachdem sie von diesen drei Angriffspunkten aus in dasselbe eindringen, zeigt schon der Versuch mit einer sonst indifferenten Flüssigkeit. Man kann z. B. destillirtes Wasser auf die Oberfläche des entblössten Gehirns eines Kaninchens stundenlang auftropfen lassen, ohne die geringste Erregung des Gehirns hervorzubringen. Dagegen genügen 3—5 Ccm. desselben Wassers, wenn man sie in eine der Carotiden spritzt, um schwere Reiz- und Lähmungserscheinungen von Seiten des Gehirns hervorzurufen. Zwischen diesen beiden extremen Wirkungen stehen gleichsam in der Mitte die Wirkungen von Injectionen desselben Medium in das Gehirnparenchym. Da nun jede Gehirnwunde nichts Anderes ist, als eine Continuitätstrennung des Parenchyms, so muss demnach die Desinficirung von Hirnwunden der Einwirkung der desinficirenden Stoffe auf das blossgelegte Parenchym entsprechen. Verf. spritzte die gebräuchlichsten Antiseptica (gleich temperirt und gleiche Mengen — immer 1·0) in die Gehirnsubstanz der Versuchsthiere ein und erhielt folgende Ergebnisse: Carbolsäure in 3%iger Lösung ruft sehr heftige clonische Zuckungen in den Muskeln des Kopfes, des Gesichts, der Kaumuskeln und Pfoten hervor, worauf nach wenigen Secunden gleichfalls der Tod erfolgt. Bei Anwendung einer Lösung von 1:200 tritt eine über eine Stunde dauernde tiefe Betäubung ein; darauf erholen sich die Thiere allmälig. Sublimat schädigt das Gehirn selbst in einer zehntausendfachen Verdünnung; auch hier treten Reizungs- und Lähmungserscheinungen ein; 1 pro mille Sublimatlösung tödtet das Versuchsthier binnen einer halben Stunde. Borsäure: Eine 3%ige Lösung alterirt das Gehirn nicht im mindesten. Das Versuchsthier verträgt solche Injectionen ohne die geringsten nachtheiligen Folgen. Aus seinen Versuchen schliesst Verf., dass für die Desinfection von Hirnwunden die Carbolsäure und besonders das Sublimat ganz zu vermeiden sind. Dagegen kann die Borsäure selbst in 3%iger Lösung ohne Gefahr angewandt werden.



358. ***Ueber Tolypyrin.*** *Von **Paul Guttmann.** Nach dem Vortrag, geh. in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 8. März 1893. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 11.)*

Durch Darstellung von Derivaten des Pyrazolonkernes hat vor einiger Zeit Dr. *Thoms* in der chemischen Fabrik von *J. D. Riedel* in Berlin einen Körper gewonnen, den er als Tolypyrin bezeichnet, und welcher nach Verf.'s Untersuchungen so hervorragende therapeutische Eigenschaften zeigt, dass er das Urtheil ausspricht: Das Tolypyrin ist in Art und Stärke seiner Wirkung gleichwerthig dem Antipyrin, und es wird nicht blos neben ihm für die gleichen Indicationen praktische Anwendung finden, sondern es wird dem Antipyrin vorgezogen werden können, falls sein Preis, wie zu hoffen, niedriger sein wird, als der des Antipyrins. Die Vergleichung der chemischen Constitution des Tolypyrins mit der des Antipyrins zeigt,

```
       C6 H5                        C6 H4 CH3
        |                              |
        N                              N
       / \                            / \
 CH3 N     CO                   CH3 N     CO
     |     |                        |     |
 CH3 C === CO                   CH3 C === CH
      Antipyrin                     Tolypyrin
(Phenyldimethylisopyrazolon)  (Para-Tolyldimethylpyrazolon)
```

dass sich das Tolypyrin vom Antipyrin dadurch unterscheidet, dass an Stelle eines in der Phenylgruppe $C_6H_5$ vertretbaren Wasserstoffs H die einwerthige Methylgruppe $CH_3$ eingeführt ist. Das Tolypyrin bildet farblose Krystalle vom Schmelzpunkt 136 bis 137°, die einen sehr bitteren Geschmack besitzen, sich in etwa 10 Theilen Wasser lösen, von Alkohol sehr leicht aufgenommen werden, in Aether fast unlöslich sind. Das Tolypyrin zeigt gleich dem Antipyrin in wässeriger Lösung auf Zusatz von Eisenchlorid intensive Rothfärbung, auf Zusatz von salpetriger Säure Grünfärbung. Die Versuche Verf.'s an hoch fieberhaften Kranken wurden in 6 Fällen von Abdominaltyphus, 5 Fällen von Pneumonie, je 2 Fällen von Erysipelas faciei, Scarlatina und Phthisis, je einem Fall von Septicämie, Otitis media und hoch fieberhafter Gangraena scroti ausgeführt. Das Ergebniss war folgendes: 4 Grm. Tolypyrin, auf Einzeldosen von je 1 Grm. in stündlichen Zwischenräumen vertheilt, erniedrigen die Körpertemperatur mindestens um $1^1/_2$° C., meistens um etwa 2° C. und darüber, einige Male wurden Temperaturerniedrigungen von 3° bis 3·5° C., einmal bis 3·7° C., erreicht. Es gelang also, Fiebertemperaturen von etwa 40° C. gewöhnlich bis unter 38° C., selbst bis nahe auf das Normalniveau herabzusetzen, in einzelnen Fällen von weniger hohem Fieber sogar unter das Normalniveau. Die Temperaturerniedrigung erfolgt unter der genannten Dosirung schon in der ersten Stunde und fortlaufend, also in ganz steil herabsinkender Curve und erreicht nach 5—6 Stunden, selten später, die tiefste Ziffer. Es erfolgt nun, mit dem Nachlassen der Wirkung, die allmälige Erhebung der Temperatur, aber gewöhnlich so langsam, dass in den späten Abendstunden die ursprüngliche, vor der Darreichung des

Tolypyrins bestandene Temperaturhöhe meistens noch nicht erreicht ist, auch nicht in der Nacht, wo ja spontan schon eine niedrigere Temperatur besteht als am Tage, sondern erst am folgenden Vormittag. Man kann also durch 4 Grm. Tolypyrin meistens 12 bis 18 Stunden lang die Körpertemperatur auf einer erheblich erniedrigten Ziffer erhalten, wenn man um 12 Uhr Mittags mit der Darreichung des Mittels beginnt. Natürlich kommen auch einzelne Fälle vor, wo die Wirkung nicht so lange andauert und schon am späten Abend die Temperatur wieder erheblich angestiegen ist — gerade so wie beim Antipyrin. Dies kommt namentlich vor bei sehr hohen Fiebergraden zwischen 40—41° C. und bei Krankheiten, die noch in starker Zunahme begriffen sind. Der geschilderte Temperaturabfall erfolgt, wie dies fast stets bei einem stark wirkenden Antipyreticum beobachtet wird, unter Schweissausbruch am Körper, namentlich am Gesicht, der mehr oder minder stark ist und verschieden lange andauert, oft so lange, als die Temperatur sinkt. Das Wiederansteigen der Temperatur in Folge des allmäligen Nachlassens der Wirkung des Mittels tritt, weil es langsam geschieht, stets ohne Spur von Frostgefühl ein. Die Pulsfrequenz entspricht dem Temperaturgange, sinkt beim Abfall, steigt beim Wiederansteigen der Temperatur. Der Abfall der Temperatur nach 4 Grm. Tolypyrin (zu 1 Grm. stündlich) erfolgt ohne eine unangenehme Nebenwirkung. Ein an Pneumonie leidender Kranker hat sogar 8 Grm. (aus missverstandener Anordnung) in 8 Dosen mit stündlichen Zwischenräumen erhalten ohne die geringste Nebenwirkung. Dass in einzelnen Fällen eins von den stündlich gereichten Tolypyrinpulvern erbrochen wird, kann nicht auffallen. Nachdem Verf. die Gleichwerthigkeit des Tolypyrins mit dem Antipyrin in der Herabsetzung der Fiebertemperatur erkannt hatte, war es Verf. von vornherein nicht zweifelhaft, dass es auch in der Anwendung als antirheumatisches und antineuralgisches Mittel sich dem Antipyrin ähnlich verhalten würde. Was zunächst die antirheumatische Wirkung beim acuten Gelenkrheumatismus betrifft, so ist dieselbe eine günstige. In frischen, typischen leichteren Fällen dieser Krankheit sind unter Darreichung von 4 Grm. pro die (in getheilten Dosen von 1 Grm. dreistündlich) schon nach 24—48 Stunden Besserungen erreicht, Schmerzen und Schwellung lassen nach. Natürlich dauert es, ebenso wie bei den anderen antirheumatischen Mitteln, auch bei der in erster Reihe stehenden Salicylsäure längere Zeit, bevor die Krankheitssymptome vollständig geschwunden sind. In den schwereren Fällen dieser Krankheit aber dauert es viel länger, ehe durch das Tolypyrin Besserung erreicht wird, beziehungsweise es wechseln Besserungen mit wieder eintretenden Verschlimmerungen durch Befallenwerden anderer Gelenke. Genau dasselbe aber sieht man in den schwereren Fällen auch beim Antipyrin und bei der Salicylsäure. Diese schweren Fälle sind es ja bekanntlich, bei denen man in Wochen lang sich hinschleppendem Verlaufe zum Wechsel in den verschiedenen antirheumatischen Mitteln gezwungen wird. Das Tolypyrin wird auch bei täglicher Anwendung sehr gut vertragen; ein an hartnäckiger Ischias leidender Kranker hat in 38 Tagen 146 Grm. Tolypyrin genommen ohne irgend eine Nebenwirkung.



Auch zeigte sich das Tolypyrin in der schmerzlindernden Wirkung, besonders bei Kopfschmerzen, dem Antipyrin ganz ähnlich. Günstige schmerzlindernde Wirkung des Tolypyrins war auch in einem Falle von frischem Ischias deutlich. Das Tolypyrin geht in den Harn über. Lässt man denselben auf ein Drittel seines Volumens eindampfen, dann durch Thierkohle entfärben und filtriren und setzt man dann destillirtes Wasser hinzu, um eine möglichst farblose Flüssigkeit zu bekommen, so erhält man auf Zusatz von Eisenchlorid dieselbe Rothfärbung, auf Zusatz salpetriger Säure Grünfärbung, wie in einer wässerigen Tolypyrinlösung.

359. ***Die Calomelbehandlung in einem Falle von hypertrophischer Lebercirrhose.*** *Von Dr. Ludwig Sior. Aus dem Mathilden-Landkrankenhaus zu Darmstadt. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 52. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 26.)*

Im Jahre 1885 hat Prof. *Sacharjin* das Calomel als ein ganz vorzügliches Mittel bei Erkrankungen der Gallenwege und hier besonders dessen Wirksamkeit bei schweren, insbesondere fieberhaften Fällen von Gallensteinkoliken und bei der hypertrophischen Lebercirrhose hervorgehoben. Was die Dosirung des Calomels anlangt, so verordnet *Sacharjin* gewöhnlich 0·06 Calomel stündlich und etwa von der 6. Gabe an zweistündlich; nach der ersten guten Calomelabführung wurde ausgesetzt. Sogleich mit Beginn der Calomelbehandlung wurde Kali chloricum zum Mundspülen verordnet. Verf. verordnete dem von ihm beobachteten Kranken das Calomel in Einzeldosen von 0·05 6mal täglich in zweistündigen Pausen und setzte diese Behandlung 3 Tage lang fort; dann wurde drei Tage lang ausgesetzt und dann wieder 3 Tage lang das Mittel gereicht in der angegebenen Weise, so einen ganzen Monat lang. Von da ab erhielt der Kranke nur noch 4mal täglich 0·05, immer mit den dazwischen liegenden dreitägigen Pausen. Ein Mundwasser wurde nicht verordnet und trotzdem nie eine Spur einer Stomatitis beobachtet. Krankengeschichte: Der 30jährige Arbeiter erkrankte März 1891 mit Stechen im Leib und Rücken und an Gelbsucht. Als er December 1891 das Krankenhaus aufsuchte, fand sich intensive Gelbfärbung der Haut und der Sclera, Lunge und Herz gesund. Leber bedeutend vergrössert, überragt den Rippenrand in der Mamillarlinie etwa 3 Finger breit. Die Vergrösserung war eine gleichmässige, das Organ derb und nirgends druckempfindlich. Milz etwas vergrössert. Kein Ascites, kein Oedem. Urin braungelb. Gallenfarbstoffreaction: Stuhl thonig, nicht völlig entfärbt. Die Diagnose blieb zunächst offen; Behandlung mit Karlsbader Salz und *Priessnitz*'schen Umschlägen. Da sich keine Besserung einstellte, wurde wegen Verdachts auf Syphilis Jodkali gegeben, gleichfalls ohne Erfolg. Inzwischen war die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um einen Fall von hypertrophischer Lebercirrhose handle, immer grösser geworden, und es wurde daher am 12. Januar 1892 mit der Calomelbehandlung begonnen, die einen ganz überraschenden Umschwung brachte. An diesem Tage stand in der Mamillarlinie die obere Lebergrenze am oberen Rande der vierten Rippe. Leberaufriss in der Mittellinie 15 Cm., in der Parasternallinie 16½ Cm., in der Mamillarlinie 18½ Cm. Urin und Fäces wie bei der Aufnahme, Abendtemperatur immer etwas



erhöht. Schmerzen im Abdomen. Nunmehr ging der Icterus zusehends zurück, die Schmerzen waren vom 1. Februar an gänzlich geschwunden. Abendtemperatur normal. Ende Februar war der früher sehr mangelhafte Appetit ein guter geworden, die Leber hatte sich deutlich verkleinert, Urin gibt keine Gallenfarbstoffreaction. Befund am 13. April; Leberaufriss 12 : 14 : 14$^1/_2$ Cm.; Milzdämpfung verkleinert, Stuhl leicht hellbraun gefärbt; kein Gallenfarbstoff im Urin. Pat. wurde auf seinen Wunsch entlassen und sollte zu Hause noch Calomel weitergebrauchen. Der Erfolg der Calomelbehandlung im vorliegenden Falle ist als ein überaus günstiger zu bezeichnen. Nachdem andere Behandlungsweisen, während einer fast $^3/_4$jährigen Krankheitsdauer, erfolglos gewesen, nachdem auch im Krankenhause die Therapie einen Monat lang ganz ohnmächtig geblieben, hatte die Calomelbehandlung den Erfolg, dass schon am 4. Tage ihrer Anwendung der Patient schmerzfrei und das Fieber erloschen war. Ein zweites Symptom der rasch fortschreitenden Besserung war die rasche Abnahme der icterischen Färbung, die sich bereits in den ersten Behandlungstagen bemerkbar machte. Das Wichtigste aber war die erhebliche Verkleinerung der Leber, die durch die Calomelbehandlung erzielt wurde. Was die Aetiologie anlangt, so war im vorliegenden Falle Alkoholismus, der sonst als Ursache stark betont wird, nicht vorhanden. Der Patient selbst führte seine Erkrankung darauf zurück. dass er, mit dem Ausschöpfen von Kies an dem Mainufer beschäftigt, einige Tage lang den ganzen Tag im Wasser gestanden hatte.

360. ***Cornutinum citricum gegen Spermatorrhoe.*** *Von Dr. **Wilhelm Meisels**, Budapest. (Magyar orvosi Archivum. 1893. Heft 2. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 9.)*

Die Spermatorrhoe ist jedesmal nur ein Symptom einer allgemeinen oder localen Erkrankung und erscheint selten als continuirlicher Samenfluss, meist als Mictions- oder Defäcations-Spermatorrhoe, endlich in Form von nächtlichen Pollutionen oder als Pollutionen beim Tage. Bei Entstehung der Spermatorrhoe spielt die angeborene oder erworbene Neurasthenie eine grosse Rolle. Local pflegt gerade der Ueberreizung wegen eine Ueberproduction von Sperma (Plethora seminis), eine hiervon bedingte Spannung und reflectorische Reizbarkeit des Ejaculationsapparates einzutreten. Andererseits kann die Insufficienz der Ductus ejaculatorii an der Spermatorrhoe schuldtragend sein. Endlich können auch constitutionelle Zustände (Phthisis, Diabetes, Tabes, Reconvalescenz nach Typhus) die Spermatorrhoe verursachen. Die Spermatorrhoe in Begleitung von Pollutionen ist durch motorische Neurose, das heisst durch Krampf der Samenbläschen verschuldet. Zu den spastischen Formen der Spermatorrhoe, die nach langem Bestande einen paralytischen Charakter annehmen kann, zählt Verf. auch jene Fälle, die als Complicationen von Tripper oder als Folge localer Entzündung der Pars prostatica urethrae. Stricturen oder Gebrauchs stark ätzender Injectionen, ferner als Folge von Entzündung der Prostata und Samenbläschen, Balanitis, Phimosis, Blasenübel und Mastdarm-Affectionen entstehen. Von der Annahme ausgehend, dass wir es, die spastische Form ausgenommen, bei der Spermatorrhoe mit drei Factoren zu thun



haben: mit gesteigerter Reizbarkeit des Rückenmarkes, mit Hypersecretion der Vesicae seminales und mit Atonie der Ductus ejaculatorii, hat Verf. im Auftrage Prof. *A. Bokai's* die physiologischen Eigenschaften des Cornutins als Cornutin. citricum, das Hauptagens des Secale cornutum, in dieser Richtung experimentell geprüft und nach günstigen Resultaten auch gegen Spermatorrhoe versucht. Das Cornutin kam in 27 Fällen zur Anwendung in Tagesdosen von 0·003—0·006, und zwar bei Spermatorrhoe in Form von Pollutionen, bei Defäcations- und Mictions-Spermatorrhoe, in zwei Fällen von continuirlicher Spermatorrhoe. Die aufgefangene tägliche Spermamenge betrug 1—6 Grm., war von charakteristischem Geruch, weisslichgelb oder auch ganz klar, leicht oder dickfliessend und zeigte unter dem Mikroskope bewegliche Spermatozoen. In sämmtlichen Fällen wurde das Mittel — einmal sogar versuchsweise neun Monate hindurch — ohne unangenehme Nebenerscheinungen vertragen. Der Spermaausfluss nahm meist bereits am 2.—3. Tage beträchtlich ab oder sistirte ganz. In der Mehrzahl der Fälle genügte es, das Mittel 6—8, höchstens 14 Tage zu verabreichen, um den Samenfluss definitiv zum Stillstand zu bringen, wiewohl sich manchmal in den schwersten, seit Jahren anhaltenden Fällen nach 1—2 Monaten ein kleiner Samenfluss gelegentlich des Stuhlganges oder nach langer geschlechtlicher Enthaltsamkeit vorübergehend einstellte. In sämmtlichen Fällen wurde gänzliche Sistirung des Samenausflusses constatirt. Demnach erscheint das Cornutin als Heilmittel der paralytischen Spermatorrhoe. Bei den spastischen Formen, in zwei Fällen von Entzündung des Vas deferens und der Vesic. seminales war das Mittel erfolglos.

361. ***Ueber eine unangenehme Nebenwirkung von fortgesetztem Hydrastininggebrauch.*** *Von Dr. C. v. Wild, Cassel. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 13.)*

Verf. theilt als Beispiel nachtheiliger Nebenwirkung des Hydrastinins einen Fall von ausserordentlich hartnäckiger, schmerzhafter Pharyngitis in Folge von Hydrastiningebrauch in Kürze mit. Bei einer 39jährigen Dame, welche seit längerer Zeit an profusen Menstruationen ohne nachweisbare Ursache litt, hat Verf., nachdem verschiedene Mittel ohne Erfolg angewandt waren, Hydrastinin in Form von Einspritzungen einer 10%igen angewendet. Jede Einspritzung enthielt 0·1 Hydrastinin. Es wurden in 43 Tagen 17 Einspritzungen à 0·1 = 1·7 Hydrastinin gemacht. Nachdem am 31. Mai die Einspritzung gemacht war, theilte die Patientin mit, dass sie seit etwa 6 Tagen an „Halsschmerzen" leide, gegen welche sie alle Mittel, welche ihr sonst geholfen hätten, ohne Erfolg angewandt habe. Bei der Besichtigung der Mundhöhle fand Verf. an der hinteren Rachenwand umschriebene Plaques, welche etwa 2 Mm. hoch sich von der im Uebrigen normal erscheinenden Schleimhaut erhoben. In den nächsten fünf Tagen nahmen die localen Erscheinungen ständig zu: die Plaques vergrösserten sich, sie wurden theilweise noch von stärker vortretenden Wülsten durchzogen, die umliegende Schleimhaut erschien stark geröthet. Dazu kamen Schmerzen, welche bis zum Ohr ausstrahlten. Alle angewandten Mittel waren erfolglos. Eisstückchen linderten auch anfangs, mussten aber bald weggelassen werden, weil sie zum



Husten reizten, wodurch die Schmerzen wieder gesteigert wurden. Am 6. Tage nach der Einspritzung liessen die Schmerzen nach, am 7. waren sie fast verschwunden.

Mit Rücksicht auf die Hartnäckigkeit des Leidens war Verf. zu der Vermuthung gekommen, dass dasselbe als Folge der Hydrastinineinspritzungen zu betrachten sei; er setzte deshalb die Einspritzungen aus und erklärte der Patientin, er werde dieselben nicht wieder anwenden, da er sie für die Ursache der Rachenaffection halte. — Mit dieser Absicht war die Patientin sehr wenig einverstanden, da sie ihre Periode gerade abwartete und von der günstigen Wirkung der Einspritzungen überzeugt war. Verf. gab ihren Bitten nach und machte ihr nach neuntägiger Pause eine Einspritzung von 0·07 Hydrastinin. Bereits nach 24 Stunden wiederholte sich dasselbe Krankheitsbild, wie es zehn Tage vorher bestanden hatte: heftige Schmerzen beim Schlucken, ausstrahlend nach dem Ohr, objectiver Befund wie oben beschrieben. Die Erscheinungen dauerten in dieser Heftigkeit zwei Tage und verloren sich in den nächsten drei Tagen vollkommen. — Die menstruelle Blutung, welche sich in diesen Tagen einstellte, war so stark wie vor der Behandlung. Aus der Krankengeschichte geht wohl mit Sicherheit hervor, dass die Rachenaffection durch fortgesetzten Hydrastiningebrauch verursacht war. Das Zustandekommen ist schliesslich so zu denken, dass durch Hydrastinin bei längerem Gebrauch wenigstens im Halse eine ähnliche Wirkung wie bei grösseren Atropindosen eintritt, d. h. dass im Wesentlichen die Beschwerden aufzufassen sind als Folgen einer Lähmung secretorischer Nerven. Zu vermeiden ist die unangenehme Nebenwirkung jedenfalls, wenn von Anfang der Behandlung an die Patientinnen angewiesen werden, auf etwa sich zeigende Beschwerden der beschriebenen Art zu achten.

362. ***Ueber einen Fall von Antipyrinvergiftung.*** *Von Dr. P. **Guttmann**. Aus dem städtischen Krankenhause Moabit in Berlin. (Therap. Monatsh. 1892. October. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 14.)*

Verf., welcher bekanntlich gemeinschaftlich mit *Filehne* das Antipyrin zuerst in die Therapie eingeführt hat, hat bereits vor längerer Zeit (1887) über eine Antipyrinvergiftung berichtet, welche nach 1·0 Grm. des Mittels in sehr heftiger Weise auftrat, nach 2 Tagen aber wieder schwand. Der im vorliegenden Berichte beschriebene Fall von Antipyrinvergiftung ist aber darum so interessant und wichtig, weil eine Anzahl Symptome so grosse Aehnlichkeit hatte mit denjenigen der Cholera im asphyctischen Stadium, dass zu einer Täuschung alle Veranlassung vorlag. In der That wurde der Patient als choleraverdächtig eingeliefert. Er hatte vorher im Verlaufe von 5 Tagen eine grosse Menge, im Ganzen 10 Grm., Antipyrin eingenommen und war dann sehr heftig erkrankt. Bei der Aufnahme traten folgende Symptome besonders hervor: Erbrechen, Wadenkrämpfe, heisere Stimme, kühle Extremitäten, tiefliegende Augen, unfühlbarer Puls, subnormale Temperatur (35·4°). Obwohl auf Grund dieser Symptome die Diagnose Cholera sehr wahrscheinlich wurde, umsomehr, als zu dieser Zeit bereits mehrere Cholerafälle aufgenommen worden

waren, so wurde an derselben deshalb gezweifelt, weil der Stuhlgang normal war. Bei näherer Untersuchung der Haut, des Bauches und der Brust zeigte sich ein dunkelrosaroth gefärbtes miliares Exanthem. Es bestand ferner Ohrensausen, Kopfhämmern, Taubheitsgefühl in den Extremitäten und zeitweise auch Amaurose. Jetzt stellte sich, besonders auch nach genauerer Aufnahme der Anamnese, heraus, dass der Patient die oben genannte Antipyrinmenge eingenommen hätte. Nach Anwendung verschiedener Excitantien gingen die bedrohlichen Symptome zurück.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

363. ***Fall von beweglicher und hypertrophischer Milz; Laparosplenectomie; Heilung.*** *Von **A. O. Lindfors**, Lund. (Nordiskt med. Ark. Bd. XXIV. 39.)*

Zu der Casuistik der Splenectomie bringt Verf. einen neuen günstig verlaufenen Fall, in welchem die Operation wegen Beweglichkeit und Hypertrophie ausgeführt wurde. Die Beweglichkeit der Geschwulst war so gross, dass dieselbe bei der Operation ganz ausserhalb der Bauchhöhle gebracht werden konnte. Die Exstirpation geschah fast ohne Blutverlust. Der Verlauf war mit Ausnahme eines zweitägigen fieberhaften Zustandes, der 14 Tage nach der Operation eintrat, günstig; doch zeigte sich, wie in den meisten Fällen von Milzentfernung, Zunahme der weissen Blutkörperchen und Abnahme der Erythrocyten und namentlich des Hämoglobins. *Th. Husemann.*

364. ***Ueber Läsionen im Sacraltheil des Rückenmarks.*** *Von Dr. **Paul Ziegler**. (Arch. f. klin. Chir. Bd. XLIII. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 18.)*

In den meisten Fällen wird sich kaum mit Bestimmtheit feststellen lassen, an welcher Stelle im Rückenmark oder in der Cauda die Läsion eingesetzt hat. Ein Fall in der Münchener Klinik lässt mit Sicherheit auf eine Affection im Centralorgan schliessen. Ein Mann fiel im November 1890 vom 2. Stockwerke herab auf das Gesäss. An diesem Tage konnte er das linke Bein nicht heben; dagegen zeigte sich am nächsten Morgen dasselbe wieder functionsfähig, während das rechte Bein im Hüftgelenk nicht gebeugt, nicht ad- und abducirt werden konnte. Analgesie und Anästhesie symmetrisch von der Höhe des zweiten Kreuzbeinwirbels nach abwärts bis zu den Knien, mit Ausnahme der Wurzel des Penis und des Scrotum vorn und des Hoden, und am inneren Fussrand. Rechts sind alle Reflexe, links nur der Patellarreflex erloschen. Retentio urinae, später Incontinentia. Die motorischen Lähmungserscheinungen schwanden schon nach 14 Tagen, doch bildeten sich geringe spastische Erscheinungen aus. Entartungsreaction nicht nachweisbar. Anfangs April betrug die für Berührungen anästhetische Zone circa 2 Querfinger um den After; die Analgesie bestand nach wie vor. Patellarreflex stellte sich wieder ein, Cremaster sehr prompt, Schilferung der Epidermis an den Plantae. Die Interphalangealgelenke verdickt, Endphalangen gebeugt, an der ersten und zweiten Zehe nicht zu bewegen. Die



lästigsten Erscheinungen bildeten die Blasen- und Mastdarmstörungen. Nach 6 Monaten ist die Analgesie und Anästhesie auf die ganze Hinterfläche der Extremitäten ausgebreitet. Der unwillkürliche Urinabgang gebessert; Stuhl alle 2—4 Tage künstlich und dann unwillkürlich. Pollutionen und unvollständige Erectionen erfolgen manchmal, das Wollustgefühl erloschen. Aus dem langsamen Entstehen der rechtsseitigen Lähmung ist auf eine Compression durch einen Bluterguss zu schliessen, und zwar bei der Betheiligung räumlich weit entfernter Nerven in der Cauda. Dass aus der ursprünglich begrenzten Anästhesie eine ausgedehntere sich entwickelt hat, erklärt sich aus dem centralen Sitz der Erkrankung, indem sich dort eine Erweichung gebildet hat, die sich per contiguitatem mit der Zeit vergrössert hat. Für den centralen Sitz spricht auch die vollkommene Symmetrie der Anästhesie. Die Analgesie betrachtet Verf. besonders als directe Läsion der grauen Substanz, aus der der Conus fast ganz besteht. Das ganze Krankheitsbild ist einer Affection im Gebiete des 5. Lumbal- bis 5. Sacralnerven unterzuordnen. Bei Affectionen, die die hinteren Wurzeln befallen, hätte man heftige sensible Reizsymptome, die hier ganz fehlen. Für den im Conus gelegenen Sitz sprechen auch die trophischen Störungen an den Zehen und das Ausbleiben des Patellarreflexes, nachdem das Cruralisgebiet längst wieder normal war.

365. ***Ueber Leberresection.*** *Von Dr. G. B. Schmidt. Aus der Heidelberger chirurg. Klinik. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 8. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 4.)*

Nach den Aufzählungen der einschlägigen spärlichen Literatur berichtet Verf. über einen derartigen von ihm operirten Fall. An einer 37jährigen Frau fühlte man im Abdomen in Nabelhöhe eine quer verlaufende 12 Cm. lange, 5 Cm breite Geschwulst, welche sich mit der Respiration deutlich nach abwärts bewegte, sich in beide Hypochondrien leicht verschieben und sich namentlich weit in die rechte Lumbalgegend hineindrücken liess; sie lag aber nicht hinter den Därmen, denn sie ergab deutliche Dämpfung, welche mit ihrer oberen Grenze der Leberdämpfung nahe lag. Bei der Operation zeigte sich die faustgrosse Geschwulst dem linken unteren Quadranten des Leberlappens angehörend. Die Oberfläche der Geschwulst war kugelig mit eingezogenen Punkten übersäet und zeigte ein gestricktes, dem cirrhotischen Process ähnliches Aussehen. Die derbere Geschwulst liess sich palpatorisch gegen das normale weiche Lebergewebe abgrenzen. Verf. zog den Tumor vor die Bauchwunde, umsäumte die Leber mit dem parietalen Peritoneum und fixirte auf diese Weise den Tumor extraperitoneal; nach Anlegung einer elastischen Ligatur wurde der Tumor abgetragen, einige blutende Gefässe ligirt und die Blutung aus dem Parenchym der Leber mit dem Paquelin gestillt. Eine zweite Nahtreihe, welche die Haut- und Wandpartien der Leber umfasste, sicherte die extraperitoneale Lage der Leberwunde. Der exstirpirte Tumor erwies sich als ein Syphilom. Der Verlauf war ein günstiger, die Wunde reinigte sich, granulirte, so dass sie 12 Tage nach der Operation mit *Thiersch*'schen vom Oberschenkel transplantirten Hautläppchen gedeckt werden



konnte. Verf. empfiehlt die genannte Methode der extraperitonealen Behandlung des Stieles, da auf diese Weise die gefährlichen Nachblutungen vermieden werden können.

366. ***Behandlung chirurgischer Tuberculose der Gliedmassen mit Stauungshyperämie.*** *Von Dr. August Bier. (Separat-Abdruck aus der Festschrift für Fr. v. Esmarch. Kiel, Lipsius u. Tischer 1893. — Centralbl. f. Chir. 1892. 11.)*

Das neue Verfahren, von dem die Rede ist, theilte Verf. schon auf dem XXI. Chirurgencongress mit, damals gestützt auf 20 Fälle aus der *Esmarch*'schen Klinik; jetzt liegt ein Bericht über 43 Fälle der verschiedensten Tuberculosen in Beziehung auf Sitz, Ausdehnung und Schwere der Erkrankung vor. Die Erfahrung der Pathologen und Kliniker, dass die Immunität der Lungen gegen Tuberculose mit dem Grade der Blutfülle in den Lungen zunimmt, dass umgekehrt blutarme Lungen im höchsten Grade der Lungenphthise ausgesetzt sind, heranziehend, glaubte Verf. diese Erfahrung zunächst bei Extremitätentuberculose durch Erzeugung von passiven Hyperämien verwerthen zu sollen. Die ersten 8 Versuche wurden derart vorgenommen, dass die erkrankten Gliedertheile ähnlich wie im *Quincke*'schen Schwitzbad hohen Temperaturen von 70—100° C. wochenlang, 8—10 Stunden täglich, ausgesetzt wurden. Es sollte also eine arterielle Hyperämie erzeugt werden. Röthung, Schwellung, Oedeme waren die Folge; die Anschwellung überdauerte nach längerem Gebrauche die Einwirkung. — Die Erfolge waren negativ, zum Theil sehr ungünstig; nur in einem ausführlich wiedergegebenen Falle, welcher allerdings mit Lues gemischt war und Operationen, Jodoform, Salben, Aetztherapie, Cauterisirung durchgemacht hatte, konnte erst unter Anwendung des Heissluftbades Befreiung vom Recidiv geschaffen werden. Die Einwirkung fand 22 Tage lang statt; darauf wieder Zinc. sulfur. Salbenbehandlung. Heilung 6 Wochen nach dem Schwitzbad. Verf. schritt hierauf zu Versuchen mit activer Hyperämie durch Einschnürungen, ebenfalls von wochen- und monatelanger Dauer, selbst ununterbrochen Tags und Nachts, später oft nur bei Nacht. Hervorzuheben ist, dass diese künstlichen Stauungen nie geschadet haben in Gebieten, die ausserhalb der Krankheitszone lagen. Die Constriction wurde nach der von *v. Dumreicher*, später von *Helferich* wieder empfohlenen Methode, um drohenden Pseudarthrosen entgegenzutreten, angewandt. Die Methode wird möglichst ausser Bett durchgeführt, hängende Gliedhaltung bevorzugt, da die Stauung dadurch erhöht wird. In sehr extremen Fällen mit Eiterung und Schmerzen wurde Bettruhe beobachtet. Eine Extremität wird bis unterhalb der erkrankten Stelle eingewickelt und dann die Umschnürung dicht oberhalb angelegt; Finger und Zehen wurden nur stundenweise derartig behandelt, die Umschnürung dann eventuell höher als deren Wurzel heraufverlegt. In 27 Fällen ward die Behandlung der Tuberculose ohne jedes andere Mittel als Stauungshyperämie vorgenommen. — Einige hatten Vorbehandlung mit Jodoform erfahren; in anderen Fällen wurde die Methode mit anerkannten Verfahren, wie gerade Jodoforminjectionen und operativen Eingriffen, combinirt. — Wie in den Krankengeschichten selbst zu



ersehen ist, waren die Resultate nach Wochen und wenige Monate langer Behandlung recht befriedigend, zum Theil glänzend, dies besonders bei der Knochen- und Gelenktuberculose. Was Weichtheiltuberculose anbelangt, so wurde schmerzhafte Sehnenscheidenentzündung mit Beschwerden bei Fingerbewegungen bis zur Wiederbrauchbarkeit der Finger gebessert. Am Ellbogen kam eine käsige Drüse unter der Behandlung zur Sequestration, das Geschwür zur schwieligen Narbe. — Hauttuberculose heilte 2mal aus; Tuberculose im Unterhautzellgewebe besserte sich; über Lupus ist nichts Günstiges zu melden. Am Nebenhoden war Abschwellung und Secretionsverringerung zu bemerken, und in einem Fall mit Fistelbildung selbst Heilung. Zur Erklärung der Vorgänge unter Stauungshyperämie weist Verf. auf die gesteigerte Ernährung der Gewebe, welche selbst venöses Blut zu liefern mag, hin, glaubt aber, dass die mächtigere Wirkung in der Stauung selbst zu suchen sei, indem durch diese Bindegewebsneubildung und Schwielenbildung erzeugt wird, dann aber zweitens in Entzündung, und zieht eine Analogie mit der Wirkung des Tuberculins bei Lupus. Verf. bringt zugleich die Erklärung von Prof. *Heller*-Kiel, welche darauf hinausgeht, dass Stoffwechselproducte der Bacillen am Orte der Erkrankung zurückgehalten werden, wodurch die Pilze an ihrem eigenen Stoffwechselproducte zu Grunde gehen.

367. ***Ueber die Behandlung von chronischen Fussgeschwüren und Eczemen mit dem Unna'schen Zinkleimverband.*** *Von Dr. **Heidenhain**. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 14. — Centralbl. f. Chir. 1893. 14.)*

Die Kranken mit Unterschenkelgeschwüren erhalten zuerst ein warmes Fussbad von 15—30 Minuten Dauer; dann wird das Bein mit 1%iger Sublimatlösung desinficirt, die Umgebung des Geschwüres mit *Lassar*'scher Zinkpasta (Zinc. oxyd. Amyl. aa. 1·0. Vaselin 2·0) bestrichen. Das Geschwür wird, so lange es schmierig belegt ist, mit Jodoform bestäubt, später mit rother Präcipitatsalbe bestrichen; Dermatol empfiehlt sich zur Beschränkung der Secretion. Dann wird mit *Unna*'schem Zinkleim das Bein von den Zehen bis zum Knie eingepinselt, darüber eine eingeweichte gestärkte Gazebinde glatt um das Bein gewickelt und diese wieder mit Leim eingepinselt: so werden 4 Schichten der Binde über einander gelegt und jede mit dem Leim eingepinselt. Nach 1/4 Stunde darf der Kranke gehen. — So lange reichliche Secretion vorhanden ist, wird der Verband 2mal wöchentlich gewechselt, später 1mal. Der Nutzen der Verbände ist die gleichmässige starke Compression; die austrocknende Wirkung der Verbände ist eine sehr starke. Sind die Geschwüre und Eczeme geheilt, so wird der Verband, der nur alle 4—6 Wochen gewechselt wird, weiter getragen. Verf. hat von dieser Behandlung unter allen sonst gebräuchlichen Mitteln die besten Erfolge gesehen.

368. ***Eine neue, sicher und rasch zur Heilung führende Behandlungsmethode der eiterigen Mastitis.*** *Von **Samuel L. Weber**. (Amer. Journ. of obstetr. 1893, Januar-Heft, pag. 58.)*

Sobald man einen Eiterherd in der Brust nachweisen kann, macht man an der betreffenden Stelle einen tiefen, langen Ein-



schnitt. Um einer Verletzung der Milchgänge möglichst auszuweichen, macht man den Schnitt radiär zur Mamilla und thunlichst ausserhalb der Areola. Dann führt man den Finger in den Eiterherd ein und tastet nach, ob sich in dessen Nachbarschaft noch weitere solche befinden. Ist dies der Fall, so durchstosst man mit dem Finger die morsche Zwischenwand (gesundes Drüsengewebe lässt sich nicht durchstossen) und macht dann von aussen eine hinreichende grosse Gegenöffnung. Alle Eiterherde, die da sind, müssen eröffnet werden und, wenn es angeht, in eine gemeinschaftliche grosse Höhle umgewandelt werden. Letztere darf aber nirgends eine Tasche oder einen Recessus bilden. Zuweilen wird es nöthig, 6—7 äussere radiale Schnittöffnungen zu machen. Die Blutung ist dabei keine bedeutende. Wenn nöthig, werden einige Ligaturen angelegt. Jetzt wird die Cürette genommen und die ganze Eiterhöhle überall sorgsam unter gleichzeitiger antiseptischer Irrigation excochleirt. Hierauf wird sterilisirte, in 1%ige Carbollösung getauchte Gaze genommen und mit dieser die grosse Eiterhöhle austamponirt. Auf die ganze Mamma kommt eine dicke Lage gleicher Gaze und darüber ein Stück Protectiv. Schliesslich wird eine Fixirungsbandage angelegt. Nach 36 Stunden wird Alles entfernt, die Wunde sorgsamst abgespült und ein gleicher Verband, wie das erstemal, angelegt. Der zweite Verband bleibt 24 Stunden liegen. Nach Entfernung des zweiten Verbandes sieht die Wunde rein aus und zeigt gesunde Granulationen. Jetzt wird ein anderer Verband applicirt. Auf die früher vorsichtig abgespülte Wunde kommt eine dünne Lage trockener aseptischer Gaze und darauf ein breiter, die ganze Brust bedeckender Schwamm. (Letzterer ist aseptisch gemacht, in eine 1%ige Carbollösung getaucht und dann möglichst kräftig ausgedrückt.) Ueber ihn kommt ein Protectiv, worauf dann — die Mamma muss aber gehörig gehoben werden, um ihre natürliche Stellung zu haben — ein möglichst fest angezogener Compressivverband mittelst Rollbinden angelegt wird. Der Schwamm hat den Zweck eines elastischen Compressoriums. Dieser Verband wird alle 24 Stunden gewechselt. Wenn man die Wunde mit der antiseptischen Flüssigkeit reinigt, so begnügt man sich mit einer leichten, oberflächlichen Irrigation und vermeidet, den Wasserstrahl in die Wunden direct hineinzuleiten, um nicht etwa eingetretene Verklebung aufzureissen. Nach 8 bis spätestens 13 Tagen ist die Wunde verheilt, höchstens dass noch die Vernarbung der Hautwunden aussteht, die man nachträglich noch beschleunigt. Die leitenden Gedanken bei dieser Behandlung sind folgende: Man hat nur eine freiliegende, zugängliche grosse Wunde da, die keine necrotischen Fetzen mehr abzustossen braucht, da diese excochleirt wurden. Die Wunde kann demnach auch keinen Eiter mehr secerniren. Durch den festen Compressivverband, der vom zweiten Verbandwechsel an angelegt wird, werden die Wandungen der Eiterhöhle fest und dauernd aneinandergedrängt, wodurch Verklebung und Verwachsung derselben rasch erfolgt. Unter dieser Behandlung heilt die Mastitis viel rascher als unter der üblichen mittelst eingelegter Jodoformgazestreifen.

*Kleinwächter.*



369. ***Ueber Ascites in gynäkologischer Beziehung.*** *Von Prof.* ***Gusserow.*** *(Arch. f. Gyn. XLII. Heft 3. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 16.)*

In allen denjenigen Fällen von freiem Ascites, in welchen die Ursache desselben sich nicht mit Sicherheit feststellen, eine Erkrankung des Circulationssystems, der Leber und der Nieren sich aber ausschliessen lässt, wendet Verf. weder zu diagnostischen, noch zu therapeutischen Zwecken die Punction des Leibes an, weil sie der Kranken keinen Nutzen bringen und dem Arzt keine Aufklärung über das Wesen der Krankheit verschaffen kann. Er führt vielmehr principiell die Incision des Abdomen aus und empfiehlt dieselbe den Aerzten und Klinikern auf das wärmste. Mit Recht hebt Verf. hervor, dass eine solche Incision ebenso ungefährlich ist wie die Punction, dass sie dieselbe an Wirksamkeit übertrifft, weil sie eine vollständige Entleerung der vorhandenen Flüssigkeitsmenge gestattet, vor Allem aber, weil sie eine sichere Erkenntniss der Art der örtlichen Erkrankung und damit gleichzeitig die Entscheidung ermöglicht, wie weit ein operativer weiterer Eingriff gerechtfertigt, respective ausführbar ist, der naturgemäss sich dann gleich an die Incision anschliessen muss. Verf. theilt die hier in Betracht kommenden Fälle in folgende 4 Gruppen ein: 1. Freier Ascites, bedingt durch sogenannte „tuberculöse" Peritonitis. 2. Ascites, bedingt durch Papillome der Ovarien. 3. Ascites bei Carcinom der Ovarien oder des Peritoneum. 4. Ascites bei gutartiger Erkrankung des Genitalapparates. Zum Beweise der Richtigkeit der Eingangs erwähnten Anschauungen des Verf. führt er eine Anzahl interessanter Krankengeschichten an. An die Stelle der Bezeichnung „tuberculöse Peritonitis" will Verf. den Namen „Peritonitis nodosa" gesetzt wissen, da in solchen Fällen oft keine für Tuberculose charakteristischen Merkmale, wie Verkäsung, Riesenzellen, Tuberkelbacillen gefunden werden können. In der dritten Gruppe unterscheidet Verf. die Fälle von maligner Erkrankung, bei denen es gelang, alles Krankhafte zu entfernen, von denjenigen, bei welchen wegen peritonealer Metastasen nur eine theilweise Entfernung der erkrankten Theile möglich war und denjenigen, in welchen eine Exstirpation der Tumoren ganz unmöglich war. Auch in den schlimmsten Fällen schaffte die Incision in der Regel wenigstens eine vorübergehende Besserung.

---

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

370. ***Beitrag zur Pathologie der entzündlichen Tonsillarprocesse.*** *Von DDr.* ***Sokalowski*** *u.* ***Dmochowski.*** *(Deutsches Arch. Bd. XLIX, pag. 583 ff.)*

Die auf genauen mikroskopischen Untersuchungen beruhenden Schlussfolgerungen der Verff. ergaben als Resultat: 1. Die Hypertrophie der Follikel kann eine Verengerung oder Verstopfung der Lacunen bedingen, wodurch eine Retention des Inhaltes hervorgerufen wird. 2. Die Entzündung der Tonsillarlacunen, bei welcher das Secret quantitativ und qualitativ verändert erscheint, kann infectiös, nicht infectiös, chronisch oder acut sein. 3. Chronische





Desquamationsprocesse stehen am häufigsten in unmittelbarer Beziehung zur Hypertrophie der Tonsillen oder zum chronischen Catarrh der Lacunen. 4. Angina follicularis ist eine pseudomembranöse, in den Lacunen selbst localisirte Entzündung.

*Hausmann*, Meran.

371. ***Zwei Fälle von bilateraler Gangrän der Lidhaut.*** *Von Dr. J. Z. **Mitvalsky**. (Arch. f. Ophthalm. 1893. Januar. — Centralbl. f. Augenhk. 1893. März.)*

Nach einem Gesichtserysipel trat bei einer 55jährigen schlecht genährten Person eine acute Hautphlegmone der Oberlider auf. Dieselben waren inmobil, stark geröthet, prall gespannt und geschwollen. Tags darauf zeigte sich eine Abschwellung der Lider unter gleichzeitigem Absterben der Lidhaut in der ganzen Lidlänge. Die gangränöse Haut platzte und es entleerte sich eine bedeutende Menge Eiter. Darnach erreichten die Lider wieder ihr normales Volumen, die necrotischen Hautpartien wurden allmälig abgestossen, sowohl der Grund des Defects, als auch seine Hautränder granulirten ganz rein, so dass nach 3 Wochen eine lineare, die ganze Lidlänge einnehmende, dem Lidrande parallele Hautnarbe erschien und sich die Lage und Function der Lider wieder normal gestaltete. Im Eiter und den gangränösen Hautpartien fanden sich viele Streptococcenhaufen, welche ohne Zweifel die Eiterung erregt haben. — Bei einer 77jährigen Frau, welche seit Jahren an uteriner Leucorrhoe litt, wurden alle 4 Lider gangränös. Die Kranke starb nach 2 Tagen. Es fand sich eiterige Endometritis und allgemeine Sepsis. Die bilaterale Lidhautgangrän war durch bilaterale mycotische Embolien in die von den Arcus tarsei entspringenden Arteriolen bedingt zu erklären.

372. ***Beseitigung eines Gesichtstumors mittelst Methylenblauinjectionen.*** *Von Dr. **Lindner**. Vortrag, gehalten in der freien Vereinigung der Chirurgen in Berlin. 1893. 3. Januar. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 6.)*

Pat. kam Mitte October v. J. mit einem grossen Tumor, welcher die linke Schläfe, den Jochbogen und einen Theil der Wange einnahm, in Behandlung. Der Tumor war seit einem Jahre gewachsen, etwas elastisch, ohne Fluctuation oder Höcker, nicht verschieblich. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: malignes Sarcom, vom Knochen oder Periost ausgehend. Der Erfolg von Einspritzungen nach *Mosetig's* Methode, war geradezu wunderbar. Der Tumor hat sich seitdem um drei Viertel seines Umfanges verkleinert, die Ulcerationen haben sich geschlossen. Von dem Tumor, welcher 3 Cm. über der Oberfläche des Gesichtes hervorragte, ist jetzt kaum noch etwas wahrnehmbar. Die Einspritzungen wurden alle paar Tage von verschiedenen Stellen der Peripherie aus vorgenommen; sie bewirkten starke Schwellung und Oedem, einmal auch eine Abscessbildung. Schon nach 4 Wochen war der Tumor um ein Drittel kleiner geworden; jetzt ist nur noch etwa ein Viertel des früheren Umfanges vorhanden. Die Verkleinerung des Tumors hat in den letzten 4 Wochen seit Entlassung des Pat. noch erhebliche Fortschritte gemacht. Unzweifelhaft hat hier eine maligne Neubildung vorgelegen. Lues ist ausgeschlossen. Es empfiehlt sich, in Fällen von inoperablen Geschwülsten das angewendete Verfahren jedenfalls zu versuchen.



373. ***Eine Beobachtung über das indirecte Sehen.*** *Von* ***Th. Wertheim,*** *Berlin. (Zeitschr. f. Psych. u. Phys. der Sinne. Bd. III, pag. 172. — Centralbl. f. Augenhk. 1893. März.)*

Während direct wie indirect gesehene Objecte, deren Umgebung plötzlich heller beleuchtet wird, verschwinden oder dunkler werden, wird das scheinbare Hellerwerden bei plötzlicher Verdunkelung der Umgebung und bei direct gesehenen Objecten bemerkt. Indirect gesehene Objecte verschwinden nicht nur beim Hellerwerden, sondern auch beim plötzlichen Verdunkeln der Umgebung. Eine indirect gesehene Milchglasplatte, die durch ein in einem Blechkasten eingeschlossenes Licht von hintenher erleuchtet wurde und vorn durch eine lange schwarze Röhre gegen auffallendes Licht geschützt war, verschwand, wenn der Hahn der das Zimmer erleuchtenden Flamme plötzlich geschlossen wurde, das ganze Gesichtsfeld erschien dunkel, erst nach einigen Secunden (bei W. zu T.) wurde die helle Scheibe wieder sichtbar. Auch durch plötzliche Verdunkelung einer einzelnen hellen Fläche, ob diese direct oder indirect gesehen wurde, gelang es, die Milchglasplatte zum Verschwinden zu bringen, und zwar selbst dann noch, wenn die Fläche nur ebenso gross war, wie die Milchglasplatte. Zuweilen konnte Verf. sogar durch Verdunkeln einer nur vom rechten Auge gesehenen Fläche eine zweite zum Verschwinden bringen, die nur vom linken Auge gesehen wurde.

## Dermatologie und Syphilis.

374. ***Keratoderma plantare und palmare in Folge von Arsenikgebrauch.*** *Von* ***Cäsar Boeck.*** *(Förhandl. i det. Norsk Med. Sellsk. 1892, pag. 190.)*

Dass der längere Arsenikgebrauch zu Hautleiden führen kann, ist eine längst bekannte Thatsache, dagegen ist das relativ häufige Vorkommen von Keratoderma der Fusssohle und der Hohlhand als Folge von Arsengebrauch in Deutschland und Oesterreich bisher verkannt und neuerdings erst durch englische Dermatologen sichergestellt. Diese Form der Arsenikdermatose, von welcher Verf. in Christiania zwei Fälle beobachtete, erscheint als diffuse Verdickung der Hornschicht der Vola manus und Planta pedis, wo ausserdem eine Menge nadelkopf- bis hanfkorngrosser, harter, warzenähnlicher Efflorescenzen sich finden. Letztere können auch auf die Dorsalfläche der Finger sich ausdehnen. Das Bild in der Handfläche hat viel Aehnlichkeit mit localer Ichthyosis. *Th. Husemann.*

375. ***Ueber Knötchen an den Haaren.*** *Von* ***R. Sabourand.*** *(Annal. de dermat. et syph. 1892, pag. 781. — Schmidt's Jahrb. 1893. Heft 3.)*

Verf. sah ein 2jähriges Mädchen mit typischen Knötchenhaaren; das Leiden bestand seit der Geburt. Mehrere Geschwister wie der Vater, in dessen Familie die Erkrankung häufig war, waren in gleicher Weise erkrankt. Beim Vater und einer Schwester bestand fast vollständige Alopecie, nur an den Schläfen waren einzelne Knötchenhaare. Das Auftreten des Leidens wurde auf die Urgrossmutter des Vaters zurückgeführt; dieselbe sollte nach





einem heftigen Schrecken ihr Haar verloren haben; von ihr ging die Krankheit auf den Sohn über, von dessen sieben Kindern sechs ebenfalls von dem Leiden befallen waren. Zwei davon übertrugen dasselbe auf die Hälfte ihrer Nachkommenschaft, eine Schwester derselben war die Grossmutter der Pat.; vier von ihren neun Kindern waren von Geburt an kahlköpfig. Nur auf Vererbung kann ein derartiges Verhalten beruhen; stets war die Affection von Geburt an vorhanden und dauerte das ganze Leben hindurch an; nie wurde eine Uebertragung auf andere Personen beobachtet. Die mikroskopische und bacteriologische Untersuchung einiger der Patientin entnommener Haare fiel negativ aus. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Es gibt zweifellos knotenförmige Bildungen der Haare, erworbene und übertragbare Krankheiten äusseren und parasitären Ursprungs; dieselben bilden die Gruppe der parasitären Trichorrhexisformen, dazu gehören: die Trichomycose nodulaire von *Juhel-Rénoy*, die Trichorrhexis von *Behrend*, die Trichorrhexie noueuse pubienne von *M. Raymond*. 2. Daneben gibt es eine besondere Ernährungsstörung des Haares, Monilethrix, welche angeboren ist, nur durch Vererbung übertragen wird und deren Charakteristicum die Knötchenbildung des Haares in seiner ganzen Länge ist.

376. ***Angeborener Nagelmangel.*** *Von Prof. Dr. med.* ***Hermann Eichhorst,*** *Zürich. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 14.)*

Dass das Fehlen von Nägeln an Fingern oder Zehen als ein angeborener Zustand beim Menschen vorkommt, ist vielfach beobachtet worden. Meist betraf das Vorkommniss nur einzelne Finger oder Zehen und in der Regel handelte es sich gleichzeitig um eine mangelhafte Entwicklung oder um ein Fehlen der Nagelphalangen. Vereinzelt beobachtete man, dass neben den Nägeln auch die Haare fehlten. Verf. fand vor Kurzem bei einem 26jährigen Tiroler. Maurer und Zitherspieler, einen angeborenen Mangel sämmtlicher Nägel, der mir einer kurzen Beschreibung nicht unwerth erscheint. Der Mann gelangte wegen eines chronischen Gelenkrheumatismus zur Aufnahme auf die Züricher medicinische Klinik, von welchem er binnen 6 Wochen befreit wurde. An den Fingern und Zehen fiel sofort auf, dass die Nägel überall fehlten. Auf Befragen liess Pat. verlauten, dass er niemals Nägel auf seinen Fingern und Zehen besessen habe, dass von seinen Verwandten Niemand eine ähnliche Veränderung zeige, und dass er durch den Mangel von Nägeln in keiner Weise gestört sei. An allen Nagelgliedern der Hände und Füsse sind Nagelbett und Nagelfalz vollkommen gut ausgebildet. Bei oberflächlicher Untersuchung des Kranken hat es den Anschein, als ob sich auf den Nagelbetten eine nur ungewöhnlich dünne Nagelplatte befände, denn die Oberfläche der Nagelbetten erscheint in ihren beiden proximalen Dritteln glänzend und glatt und zeigt eine lebhafte rothe Farbe. Wenn man aber mit einem harten Gegenstand, beispielsweise mit einer stumpfen Nadel, herüberfährt, so gewinnt man leicht die Ueberzeugung, dass hier nicht nur jede Spur von Widerstand fehlt, sondern dass die Haut viel zarter, weicher und nachgiebiger als in der Umgebung erscheint. Erst im vorderen Drititheil der Nagelbetten ist die Haut etwas derber und von der Consistenz und Farbe der angrenzenden



Epidermis. Pat. fühlt Berührungen und Stiche auf den Nagelbetten eben so deutlich und in gleicher Weise wie auf der umgebenden Haut. Auch besteht kein Unterschied im Verhalten der Hautwärme. Hervorgehoben zu werden verdient, dass die Nagelbetten im Vergleich zu Gesunden weniger in ihrer Breite als vielmehr in ihrer Höhe verkürzt erscheinen, so dass ihr vorderer Rand durchschnittlich um fast 1 Cm. von der Spitze des Nagelgliedes entfernt ist. Zugleich sind die Enden der Nagelglieder etwas verbreitert und erinnern dadurch an die Trommelschlägerform der Finger. Da diese Veränderung an den Fingern und Zehen in gleich hohem Grade entwickelt ist, so muss man den Gedanken zurückweisen, als ob die Form der Finger eine Folge des berufsmässig geübten Zitherspielens sei. Es sind die Breiten und Längen der einzelnen Nagelbetten ausgemessen worden. Die betreffenden Werthe s. im Original. — Bei angeborenem Mangel der Haare hat man wiederholentlich Fehlen oder mangelhafte Entwicklung der Zähne, auch verspätetes Zahnen beobachtet. Bei dem quästionirten Manne mit angeborenem Nagelmangel war nichts dergleichen vorgekommen. Er besass ein vollständiges und tadelloses Gebiss. Auch erfreute er sich eines dichten und üppigen Haarwuchses, was hervorgehoben wird, weil neben Nagelmangel angeborener Haarmangel beschrieben worden ist. Es dürfte sich um Stehenbleiben der Nagelentwicklung zur Zeit des dritten Fruchtmonates handeln. Es wird daran erinnert, dass sich erst im dritten Fruchtmonat Nagelbetten und Nagelfalz bilden und dass erst im vierten Fruchtmonat die eigentliche Nagelsubstanz angelegt wird. Aus welcher Veranlassung es nun an sämmtlichen Zehen und Fingern zum Ausbleiben der Nagelbildung kam, das ist unbekannt. *O. R.*

377. ***Zur Aetiologie der Tabes.*** *Von Prof.* ***W. Erb.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1891. 29 und 30. — Archiv f. Dermatol. und Syph. 1893, pag. 232.)*

Verf. hat seit 1883 mehr als 370 neue Tabesfälle auf ihre Beziehungen zu Syphilis untersucht. Die Patienten entstammen grösstentheils den höheren Ständen, liefern somit für die Anamnese zuverlässigere Angaben, als die Leute aus niederen Ständen, wie sie in den Kliniken behandelt werden. Verf. trennt daher die Fälle aus der Privatpraxis von denen der Spitalpraxis. 300 Fälle (Männer) betrafen die höheren Stände, davon sind ohne nachweisbare syphilitische Infection 11% (von diesen Fällen ist ein Theil, nämlich 19, nicht sicher frei von Infection, da sie „Plaquesnarben“ an den Mundwinkeln und der Zunge, Narben am Penis etc. hatten; ferner 24 mit „Tripperinfectionen“); mit vorangegangener syphilitischer Infection 89%, davon mit sicherer secundärer Syphilis 63·3%, mit Schanker ohne bemerkte secundäre Symptome 25·7%. Von den letzteren — es waren 77 Fälle — wurden 15 als „harte“ Schanker bezeichnet und 31 mit antisyphilitischen Curen behandelt. — Diese Statistik steht in vollem Einklange mit der früher von Verf. veröffentlichten über 500 Fälle. Damals ergab sich: Nichtinficirte 10·8%. Inficirte 89·2%. Aus den niederen Ständen fanden sich 50 Fälle (Männer), davon angeblich Nichtinficirte 12 = 24%, früher Inficirte 38 = 76%, davon mit sicherer Syphilis 26 = 52%, blos mit Schanker 12 = 24%; auch hier erscheinen von den Nicht-



inficirten einige sehr zweifelhaft. Ueber die Zeit des Auftretens des Tabes nach stattgehabter Infection lehren die 300 erstgenannten Fälle Folgendes: nach 1—5 Jahren in 12·3%, nach 6—10 Jahren in 37%, nach 11—15 in 24·7%, nach 16—20 in 14·2%, nach 21—25 in 4·8%, nach 26—30 in 1·9%, nach 30—35 in 0·7%; unbekannt in 4·0%. Nicht weniger als 88% aller Fälle beginnen demnach in den ersten 20 Jahren nach stattgehabter Infection; das spricht entschieden für einen ätiologischen Zusammenhang. Während bei den Tabeskranken der besseren Stände sich, wie erwähnt, 89·2% früher Inficirte fanden, konnten aus 5500 Fällen der verschiedensten anderen Kranken (Dementia paralytica eingeschlossen) nur 22·5% früher Inficirte gefunden werden. Daraus folgt, dass die Syphilis eine ganz hervorragende Rolle in der Aetiologie der Tabes spielt und fast nur diejenigen Personen Gefahr laufen, tabisch zu werden, welche früher syphilitisch inficirt gewesen sind. Für die tabischen Frauen fand Verf. dieselben Verhältnisse. Von den 300 Fällen konnten bei 281 neben der Syphilis die übrigen schädlichen Momente zusammengestellt werden, die man für die Entwicklung des Tabes verantwortlich gemacht hat; es fand sich auch hier (genaue Tabelle s. im Original), dass die Syphilis unzweifelhaft die häufigste und wichtigste Schädlichkeit ist, während die übrigen Momente nur äusserst selten für sich allein, in der übergrossen Mehrzahl der Fälle nur zusammen mit der Syphilis die Tabes verursachen können.

378. ***Syphilis héréditaire à forme splénohepatique.*** *Von **Chauffard.** (La Semaine méd. 1891, pag. 265. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 261.)*

Ein junges, während ihrer Schwangerschaft luetisch inficirtes Mädchen gebar nach genügender specifischer Behandlung ein anscheinend gesundes Kind, welches erst nach fünf Monaten eine Roseola aufwies, die jedoch nach einer leichten Cur verschwand, bald jedoch von einer schweren visceralen Lues, einer Erkrankung der Leber und Milz, gefolgt war. Beide Organe wiesen eine enorme Vergrösserung auf, es war Ascites und die bekannte Schlängelung und Schwellung der Hautvenen um den Nabel vorhanden, ferner syphilitische Cachexie. Verf. verordnet nun 0·25 Jodkali und eine Einreibung von 2—3 Grm. Hg-Salbe pro die, welche Behandlung fünf Monate eingehalten wurde, so dass das Kind die enorme Summe von 300 Grm. Hg-Salbe nicht nur eingerieben erhielt, sondern auch gut vertrug. Nach Verlauf von vier Monaten trat ein allmäliges Abschwellen der genannten Organe ein, der Ascites verschwand und das Kind, dessen Gewicht zu Beginn der Erkrankung 3400 Grm. betrug, wog dann 7500 Grm. Zum Schluss macht Verf. noch einen Unterschied zwischen der hereditären syphilitischen Hepatitis, welche nach ihm eine totale ist und der acquirirten, welche von einer Endarteriitis ausgehend, einzelne Theile der Leber ergreift, um wieder andere frei zu lassen. Bei beiden Erkrankungen bestehe die Therapie in einer möglichst energischen, lange durchgeführten specifischen Behandlung.

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

379. ***Ueber Leukocyten und Blutgerinnung. — Ueber den flüssigen Zustand des Blutes und die Blutgerinnung.*** *Von Dr.* ***Leon Lilienfeld,*** *Berlin. (Du Bois-Reymond's Arch. f. Physiol. 1893. pag. 167 u. 550. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 29.)*

Aus den Leukocyten der Thymus- und der Lymphdrüsen, aus den Milz- und Hodenzellen gewann Verf. durch Fällung des Wasserextractes mit Essigsäure oder Alkohol einen Körper von constanter Zusammensetzung (C 48·41, H 7·21, N 16·85, P 243, S 0·70%), der in Wasser, in überschüssigen Mineralsäuren, Alkalien und Neutralsalzen löslich, in neutraler oder schwach alkalischer Lösung in der Hitze coagulirt, Wasserstoffsuperoxyd zersetzt und eine Verbindung von Nuclein mit dem von *Kossel* 1884 (vergl. Deutsche Med.-Ztg. 1855, pag. 375) entdeckten Histon ist: das Nucleohiston. Das Nucleohiston spaltet sich unter dem Einflusse starker Säuren in Histon und ein in überschüssiger Salzsäure lösliches Nuclein, das seinerseits wieder Eiweiss und Nucleinsäure als Spaltungsproducte aufweist. Das im Nucleohiston enthaltene Histon besitzt nun, wie Verf. fand, die wichtige Fähigkeit, das Blut flüssig zu erhalten, sowohl wenn man Histon in den Kreislauf einführt und das Aderlassblut auffängt, als auch wenn man solches einer Histonlösung zugibt; noch 24 Stunden nach dem Aderlass sind in solchem Blute die Leukocyten wohl erhalten, und führen bei Zimmertemperatur lebhafte amöboide Bewegungen aus, sind ferner auch die Plättchen besser erhalten als durch irgend ein anderes Conservirungsmittel. Darnach ist also der flüssige Zustand des Blutes eine Function der Leukocyten und im Speciellen einer von denselben producirten Substanz des Histons. Andererseits ist die Gerinnung ebenfalls eine Function der Leukocyten (wie Verf. z. B. durch die von ihm gemachte Beobachtung darthut, dass die *A. Schmidt*'sche Reactionsflüssigkeit durch das Nucleohiston innerhalb von 2 Stunden zu einem festen Kuchen gerinnt) und speciell einer in demselben enthaltenden Substanz, des Nucleins. Beide Substanzen, sowohl die gerinnungshemmende wie die gerinnungserregende, sind merkwürdigerweise aneinander chemisch gebunden, und zwar als Nucleohiston. Das Plasma von solchem Blut, das durch Histonzusatz flüssig erhalten worden, ist weder durch Verdünnung, noch durch Säurezusatz oder Febrinferment zur Gerinnung zu bringen; nur Nuclein aus den Leukocyten rief, auch wenn die Nucleinlösung zuvor gekocht war, unweigerlich Gerinnung in dem Histonplasma hervor. Setzte Verf. zu einer reinen *Hamarsten*'schen Fibrinogenlösung Nucleohistonlösung hinzu, so trat keine Gerinnung ein, wohl aber auf Zusatz eines Kalksalzes; die Kalksalze verleihen also dem Nucleohiston gerinnungshervorrufende Eigenschaften. Diese Wirkung der Kalksalze erklärt sich nach des Verf.'s Beobachtungen so, dass die Kalksalze das Nucleohiston in seine Componenten zerlegen, Nuclein und Histon. So lange das Nucleohiston nicht gespalten ist, tritt keine Gerinnung ein, durch Abspaltung aber des gerinnungshemmenden Histons wird das



Nuclein zum Gerinnungserreger. Darnach wäre der flüssige Zustand des Blutes an die chemische Unversehrtheit des Nucleohistons geknüpft.

380. ***Beitrag zur Erklärung des Herztodes nach Exstirpation des Larynx.*** *Von Dr.* ***M. Grossmann.*** *Beiträge z. Chirurgie; Festschrift, gewidmet Th. Billroth. Stuttgart, Enke, 1892. — (Centralbl. f. Chir. 1893. 11.)*

Nach der totalen Exstirpation, selbst nach der partiellen Resection des Kehlkopfes hat man zuweilen am 2., meist erst am 4. bis 5. Tage nach bisher gutem Verlauf ganz plötzlich entweder eine rapid zunehmende hochgradige Pulsbeschleunigung oder in anderen Fällen eine Pulsverlangsamung und schliesslich Tod des Operirten eintreten gesehen. Da die zur Erklärung dieses Herzzustandes aufgestellten Hypothesen *Störck's* und *Alpiger's* nicht befriedigen, hat Verf. an curaresirten Thieren eine Reihe von Versuchen ausgeführt, um den Einfluss der centralen Reizung der — bei der Kehlkopfexstirpation zur Durchschneidung kommenden — Nn. laryngei superiores et inferiores auf das Herz, respective auf den Kreislauf zu prüfen, und hierbei Folgendes gefunden: Die Durchschneidung der Nn. laryngei superiores et inferiores alterirt an und für sich weder das Herz, noch den Kreislauf in irgend einer Weise. Eine solche Alteration wird erst durch irgend eine Reizung der Nn. laryngei, wie sie nach Exstirpation des Kehlkopfes während des Wundverlaufes eintreten kann, hervorgerufen, wodurch die Spannung im linken Ventrikel wegen des vermehrten Widerstandes im Arteriensystem erhöht wird. Diese Steigerung der Spannung wird unter gewissen Umständen, bei Hinzutritt bestimmter günstiger reflectorischer Einflüsse, welche auf dem Wege der Herznerven zum Herzen gelangen, am linken Ventrikel ziemlich gut vertragen. Sie bewirkt aber sofort eine Insufficienz des letzteren, wenn mit der Steigerung des Arteriendruckes sich jene günstigen Einflüsse nicht geltend machen. Kann sich also schon durch die dauernde Reizung der Stümpfe der Nn. laryngei sup. ein gefährlicher Herzzustand entwickeln, so steigert sich diese Gefahr in hohem Grade, wenn der Reizungsprocess auch auf den Vagusstamm übergreift. „Wir müssen demnach den Ausgangspunkt für den Eintritt jener Kreislaufstörung, welche das locale Ende nach der Kehlkopfexstirpation herbeiführt, in einem fortbestehenden Reizungszustande der Nn. laryngei superiores, eventuell in einem Uebergreifen dieses Reizungszustandes auf die Vagi erblicken."

381. ***Ueber die Augenstörungen bei Hirnsyphilis.*** *Von Dr.* ***Uhthoff, Marburg.*** *Vortrag bei der Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg 1892. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Verf. hat 100 Fälle von Hirnsyphilis beobachtet, von welchen 17 zur Autopsie kamen, und zwar handelte es sich hierbei um gummöse Processe, Erweichungsprocesse und Gefässerkrankungen. Unter den letzteren 17 Fällen fanden sich eine gummöse Iritis und eine Iridochorioiditis, bei welchen ausserdem Gefässveränderungen in der Netzhaut vorhanden waren. Bei weiteren 12 Fällen kamen Gefässveränderungen im Gehirn und der Gehirn-

basis vor, dreimal wurde Stauungspapille beobachtet, einmal ein Gumma des Opticus, einmal Meningitis mit Verdickung und einmal Veränderung im Scheidenraum (einseitige Stauungspapille). Während am Orbitaltheile des Opticus weniger Veränderungen beobachtet wurden, fanden sich dieselben häufig am intracraniellen Theile des Opticus in Form von starken Verdickungen, welche am Canalis opticus Halt machten. Die gummösen Neubildungen kamen wohl aus dem Opticus selbst. Concentrische Gesichtsfelddefecte waren häufig zu constatiren. — Das Chiasma nervorum opticorum schien ein Lieblingssitz gummöser Processe zu sein, da vier temporale Hemianopsien intra vitam bestanden, es handelte sich um starke gummöse Umlagerung des Chiasma. Die Tractuserkrankungen waren seltener. Von den Augenmuskeln war der Oculomotorius am häufigsten erkrankt, und zwar sechsmal einseitig und zweimal doppelseitig. Der Grund liegt wohl im Verlaufe des Nerven, besonders sind es perineuritische Processe, welche auf den Oculomotorius übergehen. Auch hat der Oculomotoriuskern eine grosse Neigung, gummös zu degeneriren. Abducenslähmungen kamen zweimal vor, Trigeminusaffectionen dreimal, Störungen des Geruchs zweimal, und ebenso oft solche des Gehörs.

382. ***Ueber den Stoffwechsel bei Phosphorvergiftung.*** *Von Docent Dr.* ***Münzer.*** *Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag. Sitzung vom 2. December 1892. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Es waren die bisher vorliegenden ungenügenden Stoffwechseluntersuchungen Schuld daran, dass die Einwirkung des Phosphors nicht genau bekannt war und diese Vergiftung als ein der acuten gelben Leberatrophie analoger Process aufgefasst wurde. Nach Verf.'s Untersuchungen hat die Leberatrophie mit der Phosphorvergiftung meritorisch nichts zu thun, wiewohl ganz selten Fälle vorkommen, wo im Verlaufe der Vergiftung es zur Atrophie der Leber kommen und dieselbe in ihrer harnstoffbildenden Function wesentlich beeinträchtigt werden kann. Die Resultate von Verf. summiren sich in Folgendem: Der Gesammtstickstoffgehalt sinkt dem Hungerzustande gemäss am ersten Tage, steigt dann rapid und auf sehr grosse Zahlen, was Verf. auf die eiweisszerstörende Wirkung zurückführt, die also beim Menschen in genau derselben Weise vorkommt, wie bei Thieren. Der Ammoniak erschien gegenüber dem Gesammtstickstoff auffallend vermehrt. Bei Hunden ist eine geringe Vermehrung des $NH_3$ schon öfter gefunden worden. Die Erklärung jedoch war bisher unentschieden. Nachdem aber die Leber Harnstoff in grosser Menge producirt hat, wenn auch die Harnstoffmenge percentuell gegenüber dem Gesammt-N gesunken war, konnte die Functionsthätigkeit der Leber nicht angezweifelt werden und darum suchte Verf. eine andere Erklärung für die Ammoniakvermehrung und fand sie in der Thatsache, dass der Mensch, wie jedes fleischfressende Thier, aus seinem Körpereiweiss Ammoniak abspaltet, um die durch die Phosphorvergiftung bewirkte abnorme Säuerung der Gewebe und des Blutes zu neutralisiren. Die Harnsäure war in vorgeschrittenen Stadien etwas, doch ganz unwesentlich, vermehrt, und so musste es auch sein, nachdem dieselbe nach *Horbaczewsky* aus Nuclein gebildet wird und die Zellkerne erst spät und im normalen relativen Verhältnisse zu dem



übrigen Zelleiweiss zerfallen. Die Phosphorausscheidung war in den ersten Tagen sehr stark gesteigert; die Vermehrung übertraf die eingeführte Phosphormenge um ein Bedeutendes und muss man daher zur Erklärung dieser Thatsache an gesteigerten Zerfall von phosphorhältigen Geweben denken, und zwar an den Zerfall der rothen Blutkörperchen der Leber, Nerven und Knochen. An den Blutzellen wurden Erscheinungen des Zerfalles noch nie beobachtet, dagegen fand *Heffter* nach Phosphorvergiftung ein Sinken des Lecithingehaltes der Leber bis auf 50%. Die starke Depression im Sensorium weist auf Zerfall von Gehirnsubstanz hin; inwieferne die Knochen an dem Zerfalle betheiligt sind, das muss Verf. vorläufig dahingestellt sein lassen. Chloride sind dem Hungerzustande gemäss sehr verringert; die Schwefelsäuren scheinen einen der Phosphorsäure ähnlichen Gang einzuhalten. Als abnorme organische Säure wurde Fleischmilchsäure auch diesmal gefunden. Amidosäuren und Pepton sind für die Phosphorvergiftung nach Verf. jedenfalls von untergeordneter Bedeutung, wenn er auch an den Beobachtungen von einzeln vorkommender Peptonurie bei dieser Vergiftung zu Zweifeln gar keine Ursache hat. Nach diesen Resultaten hält Verf. die Phosphorvergiftung für eine, grossen Zerfall von Eiweiss herbeiführende und abnorme Säuerung bedingende und dadurch deletär wirkende Vergiftung. Therapeutisch wäre rationell die Darreichung von kohlensaurem Alkali, um die Säuerung zu neutralisiren, und Darreichung von eiweissreicher Kost, um den Verlust an Eiweiss zu ersetzen, sobald die Kranken überhaupt in dem Zustande sind, etwas zu essen.

383. ***Der Stoffwechsel der Cholerakranken.*** *Von den DDr. **Terray, B. Vas, G. Gara.** Aus dem Laboratorium der internen Klinik in Budapest. (Magyar orvosi Arch. Heft 3. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 14.)*

Die Untersuchungen wurden gelegentlich der in Budapest im Herbst 1892 herrschenden Choleraepidemie ausgeführt. Es kamen 14 wirkliche Cholerafälle, 2 Cholerinefälle und 1 Fall von Choleradiarrhoe zur Untersuchung. Die Einzelnuntersuchungen sind im Originale ausführlich geschildert. Die Resultate derselben lassen sich in Kürze in folgende Punkte fassen: 1. Die sogenannten ersten Harne zeichnen sich durch ihre geringe Quantität aus, Farbe ist bräunlich-grün, specifisches Gewicht mittel, Reaction stark sauer; sie enthalten viel Eiweiss, das Sediment ist reichlich und besteht fast ausschliesslich aus Cylindern und Nierenepithel. Die Menge der festen Bestandtheile ist gering; am meisten hat das ClNa, Ca und Mg, weniger oder gar nicht der Harnstoff und die Phosphorsäure abgenommen. Beide Schwefelsäuren sind relativ vermehrt, die Proportion im algiden Stadium eine hohe, Indoxyl, Phenolschwefelsäure und Ammoniak ist viel, Aceton vermehrt, Acetessigsäure nachweisbar. 2. In der Reaction und im typhösen Stadium tritt die Diurese und früh die reichliche Ausscheidung der aus dem Gewebszerfall resultirenden Producte auf; Harnstoff, Phosphorsäure und Ammoniak werden in grosser Menge ausgeschieden. Die Gesammtmenge der Schwefelsäure und die *B*-Schwefelsäure erreicht im Reactionsstadium ihren höchsten Grad die Relationsziffer ist die niederste. Eiweiss, Indol, Phenol, Aceton ist



noch reichlich vertreten, Acetessigsäure in Spuren. Kochsalz, Ca und Mg im Ansteigen, oft die gewöhnliche Grenze überschreitend. 3. In der Reconvalescenz noch immer viel Harnstoff, Phosphorsäure und Ammoniak. ClNa, Ca und Mg nähern sich dem Normalen, das sie manchmal überschreiten. Die Gesammtschwefelsäure noch immer viel, Relation der beiden Schwefelsäuren normal. Eiweiss und geformte Elemente geschwunden; Indol, Phenol wesentlich verringert oder gar verschwunden, desgleichen Aceton und Acetessigsäure. Einmal wurde in diesem Stadium eine dreitägige Melliturie beobachtet.

## Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

384. ***Enterocolitisepidemie mit Verbreitung durch Milch.*** *Von **Nils Englund**, Ulricehamm. (Upsala Läkareförening Förhandlingar. Bd. XXVII, Heft 7 u. 8, pag. 425.)*

In Ulricehamm kamen in drei Familien, von denen zwei in demselben Hause, die dritte aber in einem ganz anderen Theile der Stadt wohnt, Massenerkrankungen von Enterocolitis vor, als deren Ursache die aus einer und derselben Quelle, einem Bauerngute ausserhalb der Stadt, bezogene Milch sich herausstellte. Durch Zufall wurde ermittelt, dass in derselben Zeit das Kind eines Köthners jenes Bauerngutes, welcher mit seiner Frau das Vieh und das Molken besorgte, an einer Gastroenterocolitis litt und bereits mehrere Tage krank war, ehe die Fälle in der Stadt vorkamen. Diejenigen Personen in den afficirten Familien, welche die Milch nicht roh genossen hatten, blieben verschont. Die Enterocolitis war mit starkem Tenesmus verbunden und wurde durch Calomel rasch geheilt; in Fällen, wo Calomel nicht zur Anwendung kam, wichen Diarrhoe und Tenesmus erst am vierten Tage unter Lapisklystiren und Opiumsuppositorien. *Th. Husemann.*

385. ***Ueber postmortale Blutveränderungen.*** *— Von Prof. Dr. **Falk**, Berlin. — Vierteljahrschr. f. ger. Med. LIII. 1.*

Obwohl das Kohlenoxydhämoglobin der Fäulniss kräftigen Widerstand leistet, wird doch durch die Leichenfäulniss nicht nur der Nachweis erschwert, sondern thatsächlich das Kohlenoxydhämoglobin verändert oder zerstört. Für das lebende Blut hat *Quaglio* wohl unzweifelhaft nachgewiesen, dass der Schwund des Kohlenoxyds nicht durch Oxydation herbeigeführt, sondern dass es als solches ausgeschieden wird. Verf. ist experimentell zum gleichen Schlusse auch für das Leichenblut gelangt. Eine Glaskugel von 8 Ccm. Inhalt, die nach zwei Seiten hin zu engen Röhren ausgezogen war, wurde nicht ganz mit Kohlenoxydblut gefüllt, die Kugel luftleer gepumpt und die Röhren zugeschmolzen. In solchen Kugeln war der spectroskopische Nachweis des Kohlenoxydhämoglobin lange Zeit möglich. In dem Gasgemenge, welches sich über dem faulenden Blute ansammelte, wurde unverändertes Kohlenoxyd nachgewiesen. Nach der Oeffnung der Röhren verschwand der Rest des Kohlenoxyds aus dem Blute ziemlich schnell. Wegen der hohen Tension, unter der das Gas in dem geschlossenen Kölbchen stand, war dieses Entweichen vor der



Oeffnung nicht gänzlich möglich. In der Leiche aber geht das freigewordene Gas continuirlich durch Diffusion in das umgebende Gewebe und in das Freie. Demgemäss verlieren in der Leiche Blutergüsse ihr Kohlenoxyd schneller, als das intravasculäre Blut, weil die dünnere Blutschicht jener den Austritt erleichtert; umso schneller geschieht dies natürlich, je näher sich die Extravasate der Oberfläche befinden.

386. ***Ueber die Erblichkeit der Tuberculose.*** *Von Prof. **A. Gärtner**. (Zeitschr. f. Hygien. Bd. XIII. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 4.)*

Verf. gibt zunächst eine Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten und Angaben des über die Erblichkeit der Tuberculose vorhandenen Materiales, wobei folgende Punkte näher besprochen werden: 1. Der zu inficirende Organismus, die Disposition. Nach Meinung des Verf. ist eine gewisse Anlage, eine Disposition, für das leichtere und schwerere Haften und das mehr oder minder starke Fortschreiten der Tuberculose erforderlich, weil der Mensch nicht zu den bestdisponirten Racen gehört. Alle schwächenden Momente allgemeiner und localer Natur beeinflussen die Disposition für Infectionskrankheiten, als auch für die Tuberculose ungünstig. Die allgemeine und specielle Disposition kann erworben und ererbt sein. 2. Der inficirende Mikroorganismus, die Abschwächung der Tuberkelbacillen. Nach Verf. ist das Vorkommen natürlich abgeschwächter Bacillen unsicher und nach den klinischen Erfahrungen auch nicht nothwendig — ein Grund mehr, die Disposition des Individuums anzuerkennen. 3. Die Uebertragung des Tuberkelbacillus von den Eltern auf die Frucht vor der Geburt. Hierbei bespricht Verf. erst die Fälle der bei der Geburt schon vorhandenen Tuberculose oder zu dieser Zeit nachgewiesenen Tuberkelbacillen, dann der Tuberculose in frühester Jugend und folgert aus der vorhandenen geringen Zahl von Fällen wahrscheinlich ererbter Tuberculose die Seltenheit der angeborenen Tuberculose der ersten Lebenstage. In den folgenden Capiteln berichtet Verf. 4. über die Statistik, 5. den Verlauf beim Kinde und bespricht endlich 6. Gründe und Beweise für und gegen die fötale Infection. Nachdem noch die vorliegenden spärlichen Thierversuche, welche angestellt sind, um ein Urtheil über die Uebertragung des Bacillus von den Eltern auf die Frucht zu gewinnen, besprochen werden, berichtet Verf. über seine eigenen Versuche: vorerst abdominelle Infection der Mutterthiere, dann placentare Infection der Jungen, hierbei wieder bei acuter Miliartuberculose und bei chronischer Allgemeintuberculose, infolge primärer Lungentuberculose, Uebertragung durch Zeugung von Seiten eines tuberculösen Vaters. Aus dem sehr reichhaltigen Versuchsmaterial gelangt Verf. zu folgenden Resultaten: „Bei den untersuchten Thierclassen, Mäusen, Kanarienvögeln und Kaninchen gehen bei der gewählten Versuchsanordnung recht oft Tuberkelbacillen von der Mutter auf die Frucht über; es muss Jedem überlassen bleiben, den Schluss von diesen Thierexperimenten auf den Menschen zu ziehen. Da die Experimente nur das häufige Vorkommen des Ueberganges bei den gewählten Thierclassen gezeigt haben, und da die Statistik ausweist, dass die Sterblichkeit an Tuberculose beim Menschen in



dem ersten Lebensjahre die höchste ist, da andererseits bei dem chronischen Verlauf der Krankheit und der meistens in relativ später Fötalperiode erfolgenden Infection eine aparte Tuberculose bei der Geburt gar nicht erwartet werden kann, so nehme ich an, dass auch beim Menschen der Tuberkelbacillus oft von der Mutter auf die Frucht übergeht. Die Thierversuche bei Kaninchen und Meerschweinchen haben nichts ergeben, was für die Uebertragung des Tuberkelbacillus von Seiten des Vaters auf die Frucht spricht. Waren die Bacillen zahlreich im Samen enthalten, so erfolgte trotzdem nicht die Geburt inficirter Früchte, sondern die Infection der Mutter. Mit Rücksicht auf den zahlenmässigen Nachweis des Verhältnisses von Spermatozoen und Tuberkelbacillen, sowie auf die Seltenheit der primären Genitaltuberculose der Frau schliesst Verf. daraus, dass die Tuberculose beim Menschen durch den Act der Zeugung von Seiten des Vaters nicht auf die Frucht übertragen wird."

387. ***Gutachten bei Errichtung einer Talgschmelzerei.*** *Bericht des Wiener Stadtphysikates. Wien 1892.*

In den Jahren 1870—1890 wurden vom Wiener Stadtphysikate über 278 gewerbliche Anlagen gutächtliche Aeusserungen erstattet. Ausführlicher wiedergegeben sind die Forderungen für Betriebsanlagen zur Imprägnirung von Verbandmateriale mit antiseptischen Stoffen, für eine Wattefabrik, von Sodawasserapparaten, Rosshaarsiederei und Bettfedernreinigung, eine Gelbbrennerei und Galvaniseuranlage, eine Käsefabrik, die Erzeugung von künstlichem Fischbein aus Horn und eine Talgschmelze, die in ähnlichen Fällen erwünschten Muster bieten können. So wurden anlässlich der Beurtheilung des Bauprojectes für die Talgschmelzerei in Verbindung mit der Margarinerzeugung, Fettsäureerzeugung. Seifensiederei, Fettsäuredestillation, Stearinkerzenfabrication und Glycerinraffinerie nebst den in bau-, feuer- und sicherheitspolizeilicher Hinsicht von anderen Fachorganen gestellten Anforderungen folgende Bedingungen gestellt: Bei der Anlage der Dampfkessel ist ein wirksamer Rauchverzehrungsapparat anzubringen, sämmtliche Manipulationsräume sind mit ausreichenden Ventilationsvorrichtungen für die Zufuhr frischer und Abfuhr der verdorbenen Luft zu versehen, die Fussböden in diesen Räumen sind wasserdicht herzustellen und bei den Wasserläufen Siphonverschlüsse anzubringen. Es darf nur frischer Rohtalg zur Verarbeitung gelangen und ist sohin jede Magazinirung von Rohtalg zu vermeiden. Aus dem Raume, in welchem das erste Ausschmelzen des Rohtalges in offenen Bottichen bei einer Temperatur von nur 40° C. vorgenommen wird, sind die sich ergebenden Dämpfe mittelst entsprechender Dunstmäntel aufzufangen und durch den Schornstein abzuleiten. Alle anderen bei dem Betriebe sich ergebenden Dämpfe, welche Riechstoffe, Fettsäuren etc. enthalten, dürfen nicht in die freie Luft, somit nicht in den Schornstein, sondern müssen unter die Feuerung abgeführt werden; es sind daher diesbezügliche Vorkehrungen bei allen übrigen Apparaten für die Ausschmelzung des Talges, sowie für die Reinigung des Stearins und des Glycerins zu treffen. Das Ausschmelzen des Talges hat in geschlossenen Apparaten zu geschehen; die bei der Seifensiederei sich ergebenden



Dämpfe sind ebenfalls unter die Feuerung abzuführen; die sauren Abwässer sind vor dem Ablassen zu neutralisiren und die festen Rückstände bei der Fabrication in geeigneter Weise zu entfernen. Die Kalkrückstände sind bis zu ihrer Entfernung in wasserdichten Behältern zu hinterlegen; die hölzernen Stellagen für das Aufhängen des Rohtalges sind mit Eisenblech zu belegen und stets rein zu halten. *Dr. E. Lewy.*

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 388. *Ueber Dermatitis herpetiformis von Duhring.*

*Von* ***Cäsar Boeck****, Christiania.*

*(Norsk Magazin. 1892, 12, pag. 1383.)*

*Duhring* hat 1884 eine Reihe von Hautaffectionen zu dem Bilde eines gemeinsamen Leidens zu vereinigen gesucht, das er mit dem Namen Dermatitis herpetiformis belegte. Zieht man einige bestimmt nicht dahin gehörige Affectionen, nämlich den Impetigo herpetiformis von *Hebra* und den bei Schwangeren auftretenden Herpes gestationis von *Milton* und *Bukley*, ab, so bleibt eine Dermatopathie übrig, die keineswegs zu den seltenen gehört und von verschiedenen Dermatologen unter abweichenden Benennungen beschrieben ist. So von *Rayer* als Pemphigus chronicus, von *Bazin* als Hydroa bulleux, von *Hardy* u. a. neueren französischen als Pemphigus diutinus pruriginosus oder Pemph. diut. à petites bulles. Englische Dermatologen, wie *Tilbury* und *Calcott Fox* benutzen die Benennung Hydroa, die auch von *Unna* angewendet wurde, jedoch nicht ganz zweckmässig, da dieser Ausdruck auch, besonders in Frankreich, für andere Hautaffectionen, z. B. Herpes iris, gebraucht wird. Statt der langathmigen Benennung von *Brocq:* Dermatite polymorphe douloureuse chronique à pousses successives dürfte man an der ursprünglichen *Duhring*'schen Benennung festhalten; denn mit *Kaposi* sie als Pemphigusform zu betrachten, geht nach dem, was man gewöhnlich unter Pemphigus versteht, nicht an.

Das Wesen der Affection besteht darin, dass nach einem kurzen Prodromalstadium von mehr oder minder heftigem Jucken ein in der Regel in hohem Grade symmetrischer Ausschlag sich entwickelt, dessen primäre Form äusserst polymorph ist und theils in lebhaft rothen, scharf begrenzten, runden, ovalen oder halbmondförmigen erythematösen Flecken, theils in Papeln, Vesikeln, Ballen und Pusteln besteht. Die mittlere Partie der erythematösen Flecken ist mitunter eingesunken und sehr häufig sind sie durchgängig so klein, dass sie bei ihrer erhöhten Beschaffenheit als Papeln erscheinen. Die Vesikeln, welche die Grösse einer Nadelspitze bis zu derjenigen eines Hanfkornes besitzen, entwickeln sich entweder auf den erythematösen Stellen, indem sie deren Rand häufig kranzförmig umgeben, oder auf der normalen Haut, sind mehr oder minder in Gruppen gestellt und entweder erhaben oder mitunter auch unter dem Niveau der Oberhaut und geben manchmal Andeutung auf Extravasation. Meist findet man sie nicht



intact, sondern in Folge des sie begleitenden Juckens zerkratzt. Die sich ebenfalls auf erythematöser Basis unmittelbar auf der normalen Haut bildenden Bullae sind erbsen- bis taubeneigross, rund oder eirund oder auch mehr unregelmässig, bisweilen ringförmig und entstehen manchmal durch Zusammenfliessen verschiedener Vesikeln; ihr Inhalt ist klar oder etwas opak, selten blutig und ihr Bildung geschieht unter heftigem Jucken oder selbst intensivem Schmerzgefühl. Pusteln gehen entweder aus Vesikeln oder Blasen hervor, oder bilden den primären Ausschlag; bei geringem Umfange sind sie zugespitzt, bei stärkerer Entwicklung flach und gelbweiss, oft von einem rothen Hofe oder von einem Kranze kleiner Pusteln umgeben. Sie finden sich am häufigsten am Halse. Als secundäre Veränderungen trifft man theils directe Folgezustände des Ausschlages (Schorfe, Krusten, hyperämische und pigmentirte Stellen), nach den grossen Blasen auch, wie beim Pemphigus, zahlreiche Frieselbläschen, theils Folgen des Kratzens, besonders auch Furunkel. Dass die Affection auch auf den Schleimhäuten, besonders im Mund und Schlund, auftreten kann, ist feststehend; auch Nasen- und Harnröhrenschleimhaut können betroffen werden. In der Regel kommen die einzelnen Ausschlagsformen combinirt vor, und zwar bei derselben Person in verschiedenen Ausbrüchen nicht immer in derselben Weise, bald erythematösvesiculös, bald rein bullös u. s. w.

In der Regel ist das Leiden sehr langwierig und kann selbst Decennien hindurch anhalten; es kommt entweder zu continuirlichen oder wiederholten, von kürzeren oder längeren freien Zwischenräumen unterbrochenen Anfällen, doch kann es auch bei einem einzigen Anfalle bleiben. Von Pemphigus foliaceus und P. pruriginosus unterscheidet sich die Affection durch den trotz der Unruhe und des zu Insomnie führenden Pruritus vorhandenen guten Allgemeinzustandes und der Abwesenheit von Marasmus; nur ausnahmsweise gehen leichtere Fieberanfälle jedem Ausbruche voraus. Auffallend ist die von früheren Autoren geleugnete Vorliebe für gewisse Theile der Haut, die namentlich in den leichteren Fällen sich geltend macht. Es ist dies vor Allem die Haut in der Gegend der Gelenke, und zwar sowohl der Beuge, als der Streckseite, und speciell am Ellbogen- und Kniegelenke, dann die Haut der Axilla und auf dem obersten Theil der Ulna, wohin sich das Leiden vom Ellbogen verbreitet, hiernach die Sacralgegend, und zwar besonders eine kleine begrenzte Partie in der nächsten Umgebung der Rima inter nates; darnach folgt die Schulterblattgegend, von wo weitere Ausbreitung zum Acromion und Deltoideus erfolgt. Auch der Hals, und besonders die Gegend hinter den Ohren, und das Gesicht werden oft ergriffen, besonders kommt die pustulöse Form hinter den Ohren vor. Ausser der schon früher wiederholt hervorgehobenen bilateralen Symmetrie, die der Affection eigenthümlich ist, existirt nach Verf. auch eine verticale Correspondenz, indem entweder Knie und Ellbogen oder correspondirend unter die Sacralregion mit den Nates und Hüften und oben Schulterblatt und Acromialgegend gleichzeitig ergriffen werden. Ein gleiches Verhalten kommt übrigens auch bei syphilitischen und leprösen Ausschlagsformen und im Verlaufe multipler Neuritis vor. In einem der von Verf. beobachteten Fälle war Eiweiss im

Harn vorhanden. Bezüglich der Aetiologie scheint in 3 Fällen chronischer Gelenkrheumatismus oder Gelenkschmerz in Zusammenhang mit der Affection, zu stehen, während in den übrigen nervöses Temperament oder auch körperliche, beziehungsweise psychische Ueberanstrengung als Ursache des Leidens aufgefasst wird, das allerdings nach allen seinen Erscheinungen als ein Nervenleiden aufzufassen ist. Für das Auftreten scheint der Sommer die geeignetste Zeit, und es kann vorkommen, dass die Affection im Herbst aufhört, um im folgenden Sommer wiederzukehren.

Dass man die Affection mit Syphiliden verwechseln kann, beweist ein norwegischer Fall, in welchem der Kranke als syphilitisch einem Curhause zugewiesen wurde. Leichter erscheint die Verwechslung mit Urticaria bullosa, wo jedoch die einzelnen Efflorescenzen grösser und die ganze Hautaffection reiner ist. Bei Erythema multiforme ist die Localisation etwas abweichend, die Farbe mehr bläulich, das Jucken nur unbedeutend vorhanden.

Heilung ist bei frischen Fällen oder solchen, welche höchstens einige Jahre gedauert haben, nicht ausgeschlossen. Bei der Behandlung sind Alkohol, Kaffee, Thée und Tabak zu untersagen. Von Medicamenten sind Arsen und Leberthran die wirksamsten, die man bei bestehender Anämie mit Eisen verbindet; doch kommt es oft vor, dass nur während des Arsengebrauchs das Leiden schwindet, um sofort wieder nach dem Aussetzen zu recidiviren. Von Strychnin, Ergotin, Belladonna und Bromchinin sah Verf. keinen Erfolg. Jodkalium ist geradezu schädlich. Aeusserlich erweist sich Thiol in Bepinselungen (1 : 3—5 Wasser), 2mal täglich sehr erfolgreich, wobei namentlich das Jucken sehr erheblich gemildert wird. Tumenol wirkt in schweren Fällen mitunter noch besser. Lauwarme Wannenbäder 2—3mal wöchentlich sind nützlich; dagegen steigern Salz- und Schwefelbäder das Leiden. *Th. Husemann.*

# Literatur.

389. ***Therapeutisches Jahrbuch.*** *III. Jahrgang. Von Dr.* ***E. Nitzelnadel.***

Die Hoffnungen, welche wir bei dem ersten Jahrgange des vorliegenden Werkchens hegten, haben sich reichlich erfüllt. Die kurzen therapeutischen Angaben, entnommen der deutschen medicinischen Journalliteratur des Jahres 1892, die gerechte Auswahl derselben, die fast durchgängig genaue Angabe der Autoren und der Journale, machen das Büchlein zu einem leicht und sehr nützlich anzuwendenden Führer. Wir sind von der immer mehr anwachsenden Verbreitung dieses therapeutischen Jahrbuches fest überzeugt. *Hausmann,* Meran.

390. ***Die Praxis des Chemikers*** *bei Untersuchung von Nahrungsmitteln und Gebrauchsgegenständen, Handelsproducten, Luft, Boden, Wasser bei bacteriologischen Untersuchungen, sowie in der gerichtlichen und Harnanalyse. Ein Hilfsbuch für Chemiker, Apotheker und Gesundheitsbeamte von Dr.* ***Fritz Elsner.*** *Fünfte umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen Abbildungen im Text. Hamburg und Leipzig 1893. Verlag von Leopold Voss.*

Das Werk, welches wir bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1880 allen Aerzten, die auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege



mitwirken, als brauchbaren Führer bei Ausführung hygienisch-chemischer Untersuchungen, ferner für die Beurtheilung der Verlässlichkeit der einzelnen zur Anwendung kommenden Methoden empfohlen haben, liegt nunmehr in fünfter vermehrter Auflage vor. Verf. hat alle Erweiterungen auf dem hier behandelten Gebiete sorgfältig registrirt und die Untersuchungsmethoden mit den Fortschritten der Wissenschaft in Einklang gebracht. Als ganz neue Materie enthält die vorliegende Auflage u. A.: Peptone, Kefir, Malzextract, Verdauungsversuche, Schmieröle, Kunstseide, Lavendelöl etc. Eingehende Umarbeitung und Zusätze wurden insbesondere den folgenden Capiteln zu Theil: Thierische Fette; Mehl, Bier, Wein, Spirituosen, Liqueure, Cacao, Petroleum, Farben, Geschirr, Wasser, Bacteriologisches. In dem Nachtrage ist den „gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen", sowie „den steuerbehördlichen Verfügungen" besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Die „Praxis des Chemikers" wird sich demgemäss auch fernerhin als verlässlicher Wegweiser sowohl des praktischen Chemikers als des Gesundheitsbeamten bewähren. *Loebisch.*

391. ***Taschenbuch der Anatomie des Menschen.*** *Vademecum für Studirende und Aerzte. Von Dr. med.* ***C. H. Leonard,*** *Professor der Gynäkologie an der Universität Detroit, U. S. A. Nach der siebzehnten englischen Auflage übersetzt, herausgegeben und mit ausführlichem Sachregister versehen von Dr. med. Wilhelm Benninghoven, praktischer Arzt zu Berlin. Mit 204 für die deutsche Ausgabe neu gezeichneten Abbildungen. 8°, VI und 343 S. Leipzig 1892, Peter Hobbing.*

Das ursprünglich nur zum Führer in dem Präparirsaal bestimmte Buch hat sich durch sorgfältiges Eingehen auf alle dem Studirenden wissenswerthe Einzelnheiten, sowie durch didactisch vorzügliche Gliederung des Stoffes als Hilfsbuch des anatomischen Studiums so sehr bewährt, dass in England und Amerika binnen kurzer Zeit sechszehn Auflagen desselben vergriffen waren. Wir müssen daher dem Uebersetzer dafür dankbar sein, dass er das vorzüglich praktischen Bedürfnissen dienende Taschenbuch den deutschen Jüngern der Medicin zurechtlegte. Durch Hinzufügung eines genauen und ausführlichen Sachregisters ist die Möglichkeit einer schnelleren Orientirung über alle Einzelnheiten gegeben. *—z.*

392. ***Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung.*** *Eine klinisch-forensische Studie von Dr.* ***R. v. Krafft-Ebing,*** *o. ö. Professor f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der k. k. Universität Wien. Achte verbesserte und theilweise vermehrte Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.*

Die vorliegende achte Auflage enthält namentlich im forensischen Theil neue Fälle und Beobachtungen, welche die Wichtigkeit der aus Paraesthesia sexualis hervorgehenden Delicte illustriren. Das von Juristen mit ebenso grossem Interesse wie von Aerzten gelesene, Werk ist um dessen Gebrauch für die Unberufenen zu erschweren, diesmal bezüglich der Termini technici stärker in lateinischer Sprache gehalten worden. Die neuen Belege, welche der Verf. wieder für den sittlichen Verfall einzelner Gesellschaftsclassen hervorbringt, sind höchst betrübend und der Wunsch nach einer Remedur durch legislative Massnahmen macht sich auch auf diesem Gebiete immer mehr geltend. *—r.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

393. ***Beiträge zu den neueren Entwicklungstheorien der Neoplasmen.*** *Von Prof.* ***Gustav Scheuthauer.*** *Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 18. März 1893. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 14.)*

Auf der Klinik des Prof. *Korányi* wurde im October 1887 ein 23jähriges Individuum wegen hochgradiger, seit drei Monaten bestehender asthmatischer Beschwerden aufgenommen. In anamnestischer Beziehung wurde ermittelt, dass Pat. bis Anfangs August desselben Jahres stets gesund gewesen, wo er nach einem kalten Bade plötzlich unter Fiebererscheinungen, zu welchen sich alsbald die erwähnten Beschwerden hinzugesellt hatten, erkrankte. Die klinische Diagnose lautete: beiderseitig hochgradiges pleuritisches Exsudat hämorrhagischer Natur und Tumor im vorderen Mediastinalraume. Exitus am 18. November. Die Obduction wurde von Verf. vorgenommen. Bei Abnahme des Sternums zeigte sich, dass zwei Dritttheile seiner inneren Oberfläche mit einer beiläufig kleinmannskopfgrossen Geschwulst verwachsen waren. Die Durchmesser der Geschwulst waren von rechts nach links 22 Cm., von oben nach unten 14 Cm., von vorne nach hinten 13 Cm. Die hintere Peripherie derselben war mit dem Pericard, der Pulmonalis, Aorta ascendens und Arcus aortae, sowie den medialen Lungenflächen verwachsen. Die Geschwulst selbst von einer beiläufig kartenpapierdicken Bindegewebskapsel eingeschlossen. Die Schnittfläche von hirnmarkähnlichem Aussehen, hier und da von grauer Farbe, stellenweise porös, stellenweise derb anzufühlen, von zahlreichen Blutextravasaten durchsetzt, der Form nach deren letztere theils streifenförmig und etwa 13 Cm. lang, theils rundlich und nussgross. Die streifenförmigen Extravasate waren frisch, die rundlichen hingegen älteren Datums. Verf. fand in der Geschwulst mehrere erbsengrosse, schleimhältige, von Schleimhaut ausgekleidete Cysten, ausserdem einige gänsekieldicke, 2 Cm. lange Knorpelinseln. Mikroskopischer Befund: der grösste Theil der Geschwulst besteht aus fibrillärem Bindegewebe. Derselbe stellenweise verkalkt, stellenweise ist sogar Ossification zu beobachten, die Blutungen erfolgten an jenen Stellen, wo schleimige Degeneration aufgetreten war. Die Knorpelinseln, sowie die mit flimmerndem Cylinderepithel ausgekleideten bronchiectatischen Cysten deuteten mit Bestimmtheit darauf hin, dass die Geschwulst von der Lunge ausging, ein ähnlicher Fall ist bisher in der Literatur nicht verzeichnet. Woher gelangten nun Lungentheile in den vorderen Mediastinalraum? *Rokitansky* und *Rektorschik* beschrieben Fälle von accessorischen Lungenlappen, wofür Analogien in der Thierwelt zu finden sind, z. B. bei den Schlangen ist der linke Lungenflügel viel kleiner als der rechte, gewöhnlich degenerirt der untere Theil der linken Lunge, was auf Abschnürung desselben zurückzuführen ist. Auf Grund dieser Erfahrungen nimmt Verf. an, dass der Mediastinaltumor aus dem vorderen oberen abgeschnürten Theile der rechten oder linken Lunge seinen Ursprung nahm.

Die Structur der Geschwulst gestattet auch einen Rückschluss darauf, wann diese Abschnürung vor sich gegangen ist. Die bronchiectatischen Cysten sind mit Flimmerepithel ausgekleidet, letzteres tritt erst im IV. Embryonalmonate auf, die Abschnürung musste also später erfolgt sein. Die Geschwulst enthielt keine Lungenalveolen, und da sich die-



selben erst im VI. Fötalmonate entwickeln, musste die Abschnürung zwischen IV. und VI. Embryonalmonate geschehen sein. Der Grund der Abschnürung liegt im Verhalten der Vena azygos und hemiazygos. Dieselben zeigen die verschiedensten Varietäten, bald ist eine Vena hemiazygos superior vorhanden, bald fehlt sie, manchmal steigen die Vena azygos und hemiazygos derart in die Höhe, dass hierdurch in der Pleura costalis hohe Falten entstehen. In einem von Verf. beobachteten Falle bewirkte die Azygos auf diese Weise eine derart tiefe Furche im Oberlappen der rechten Lunge, dass es den Anschein hatte, als ob nicht drei, sondern vier Lappen bestünden.

Auf diese Art kommen im Embryonalleben Abschnürungen einzelner Lungentheile zu Stande zu einer Zeit, wo das Herz unverhältnissmässig gross ist und den grössten Theil des Brustkorbes einnimmt, so dass nur ein enger Raum für die Lungen übrig bleibt. Die mediastinalen Geschwülste pflegen im Allgemeinen um das 30. Lebensjahr herum gefährlich zu werden, so auch diese zweifellos embryonale congenitale Geschwulst. Dass die in Rede stehende Geschwulst in der letzten Zeit rasch gewachsen, ist unbestreitbar, nicht nur die grossen Hämorrhagien trugen dazu bei, sondern thatsächliche Zellvermehrung hat auch stattgefunden, worauf die gefundenen schönen Kerntheilungsfiguren hinweisen. Diese Caryomitose geschah in der letzten Zeit, denn bekanntermassen läuft dieselbe beim Menschen im Verlaufe von 20 Stunden ab. Der Umstand, dass in der letzten Zeit auch ein Entzündungsprocess vorhanden gewesen, bestätigt die alte *Virchow*'sche Ansicht, dass Entzündungen das Wachsthum der Neoplasmen fördern. Das demonstrirte Präparat ist ein schöner Beleg für die *Cohnheim*'sche Hypothese, dass die Geschwülste sich aus verirrten fötalen Gebilden entwickeln. Die Geschwulst hatte stellenweise den Charakter eines Rundzellensarcoms. Die fibromatösen und sarcomatösen Theile entwickelten sich höchst wahrscheinlich aus dem die Epithelien der Alveolen und Bronchien umgebenden Bindegewebe, die Chondrome aus dem Knorpel der Bronchien. Metastasen waren keine vorhanden, weil der Kranke früher zu Grunde ging, ehe solche aufgetreten sind. In der rechten Pleurahöhle waren zwei Liter, in der linken $1^1/_2$ Liter Serum, Lungen beiderseits comprimirt. In Folge des Druckes auf den N. vagus kam es auch zu Oedema aditus laryngis, welches sich auch auf die Haut und Musculatur des Brustkorbes fortsetzte. Dass das Fötalleben des Patienten kein normales war, beweist auch die bedeutende Hypoplasie der Aorta, dieselbe ist für den Zeigefinger kaum durchgängig. Wenn ein Lungentheil nicht functionirt, so hat er nur während des Embryonallebens die Eigenschaft, dass sich in ihm Sarcome und Enchondrome entwickeln können. Ob sich die Bronchiectasie im Fötalleben oder extrauterin entwickelt hat, ist daraus zu ersehen, dass der betreffende Lungentheil im ersteren Falle weiss, im letzteren hingegen in Folge Anthracose schwarz ist. Die Versuche von *Cohnheim, Zahn, Leopold* und Anderen ergaben, dass nur fötale Gewebe sich zu Neoplasmen umwandeln können, denn wenn sie Knorpel in die Jugularis eines Thieres einbrachten, ging derselbe während kurzer Zeit zu Grunde, fötaler Knorpel hingegen wuchs daselbst weiter.

---

# Kleine Mittheilungen.

394. Bei ***Eclampsie*** empfiehlt ***Deshages*** subcutane Injectionen von Chloral, falls die Application per os oder per rectum nicht möglich ist. 0·5 bis 1·0 genügen, um die Anfälle zu coupiren und die Intervalle zu verlängern. Die Schmerzen bei den Einspritzungen sind sehr heftig, so dass sie ohne Zusatz von Morphium oder Cocain nur während des Coma angewandt werden können.

(Univ. med. Magaz. 1893. Januar. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 15.)

395. ***Ueber Chloroformnachwirkungen.*** *Von Dr.* ***Luther.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. — Centralbl. f. Chir. 1892. 14.)*

Verf. hat fast nach jeder Narcose, besonders nach längerer Dauer derselben, hyaline, beziehungsweise gekörnte Cylinder und Eiweiss im Harn gefunden; fehlten Chloroformnachwirkungen, wie Uebelkeit, Erbrechen, Icterus etc., dann war auch im Urin nichts Abnormes nachweisbar. In einem Falle, wo vor der Narcose eine Spur Eiweiss gefunden worden, traten die heftigsten Nachwirkungen ein, und zeigte der Urin die grössten Veränderungen der Nieren. Albuminurie und Cylindrurie verschwanden nach kürzerer oder längerer Zeit wieder; eben so lange wie sie, dauerten auch gewisse Symptome von Nachwirkungen.

396. ***Vorschriften für die Behandlung der Fettleibigkeit.*** *Nach* ***Dujardin-Beaumetz.*** *(Journal de méd. de Paris. 1892. 45. — Therap. Monatsh. 1893. März.)*

1. Jeden Morgen wasche man seinen Körper mit einem Schwamm, der in lauwarmen Wasser mit etwas Eau de Cologne getaucht ist. Nach dem Waschen reibe man seinen Körper tüchtig trocken ab. Massage. 2. Jeden Morgen trinke man ein Bordeauxglas Rubinat-, Carabana- oder Villacabraswasser. 3. Nach jeder Mahlzeit nehme man einen Esslöffel von

Rp. *Kali jodati* 15·0,
*Aq. dest.* 250·0.

4. Man beobachte streng folgende Diät. Erstes Frühstück um 8 Uhr: Eine Tafel Chocolade, 20 Grm. Brot; zweites Frühstück um 12 Uhr: zwei Eier oder 100 Grm. Fleisch, 100 Grm. grüne Gemüse (Salat), 15 Grm. Käse, Früchte nach Belieben, 50 Grm. Brot, zum Trinken $1^1/_2$ Glas Flüssigkeit (leichter Weisswein, gemischt mit Vichy); Diner um 7 Uhr: Keine Suppe, 100 Grm. Fleisch, 100 Grm. grüne Gemüse (Salat), 15 Grm. Käse, Früchte nach Belieben, 15 Grm. Brot, $1^1/_2$ Glas Weisswein mit Vichy. Zwischen dem Essen zu trinken ist durchaus verboten. Man vermeide Kaffee, Thee, Branntwein und Liqueure. Körperliche Uebungen.

397. ***Das Aethylchlorid,*** bisher fast ausschliesslich in der Zahnheilkunde gebräuchlich, wird von ***Gaus*** zur Behandlung der verschiedensten Neuralgien empfohlen. In den Handel kommt das Aethylchlorid in kleinen Röhrchen, deren eines Ende zu einer Capillare ausgezogen ist. Da das Mittel schon bei 10° siedet, so genügt es, nachdem man die Capillare abgebrochen, das Gläschen in die Hand zu nehmen, dadurch die Flüssigkeit in's Sieden zu bringen und in feinem Strahle aus der Capillare herauszutreiben. Man hält das Gläschen am besten etwa 30 Cm. vom Locus affectus entfernt.

(Therap. Monatsh. 1893. März. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 15.)

---

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

Bericht des Wiener Stadtphysikates über seine Amtsthätigkeit und die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien in den Jahren 1887—1890. Im Auftrage des löblichen Gemeinderathes erstattet von dem Stadtphysicus und k. k. Sanitätsrathe Dr. Emil Kammerer und den beiden Stadtphysicusstellvertretern Dr. Gregor Schmid und Dr. Adolf Löffler. Wien 1892, Verlag von Wilh. Braumüller.

*Döderlein, Dr. Albert,* Privatdocent für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Leipzig. Leitfaden für den geburtshilflichen Operationscurs. Mit 98 Abbildungen. Leipzig 1893. Verlag von Eduard Besold (Arthur Georgi).



*Hirt, Dr. L.,* Professor an der Universität München. Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für Studirende und Aerzte. Mit 87 Abbildungen. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Krafft-Ebing, Prof. Dr. R. v.* Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine klinisch-forensische Studie. Achte Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Leonard, Dr. med. C. H.,* Professor der Gynäkologie an der Universität Detroit, U. S. A. Taschenbuch der Anatomie des Menschen. Vademecum für Studirende und Aerzte. Nach der siebzehnten englischen Auflage übersetzt, herausgegeben und mit ausführlichem Sachregister versehen von Dr. med. Wilhelm Benninghoven, prakt. Arzt zu Berlin. Mit 204 für die deutsche Ausgabe neu gezeichneten Abbildungen. Leipzig 1892, Peter Hobbing.

*Ortner, Dr. Norbert,* Assistent der ersten medicinischen Abtheilung und gewesener Prosectursadjunct des Rudolfspitales in Wien. Die Lungentuberculose als Mischinfection. Mit zwei chromolithographirten Tafeln. Aus dem Institute für pathologische Histologie und Bacteriologie (Prof. A. Weichselbaum) in Wien. Wien und Leipzig 1893, Verlag von Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.

*Seydel, Dr. Carl,* k. bayer. Stabsarzt, Docent am k. Operationscursus für Militärärzte, Privatdocent an der Universität München. Lehrbuch der Kriegschirurgie mit 176 Abbildungen. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

398. ***Diabetes in Folge von Pancreassteinen.*** *Von Dr.* ***Freyhan.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 6.)*

Die Versuche *v. Mering* und *Minkowski* zeigten, dass die Pancreasexstirpation nur dann Diabetes mellitus bewirke, wenn sie eine vollkommene ist, ein kleiner Theil von Drüsensubstanz, welche bei der Exstirpation zurückgelassen wurde, genügten, um das Auftreten von Zucker im Harn zu verhindern. Es haben demgemäss alle klinischen Mittheilungen ein Interesse, welche dieses Abhängigkeitsverhältniss, des Entstehens des Diabetes von der Ausdehnung, in welcher das Pancreasgewebe zerstört ist, illustriren. Fälle dieser Art sind sehr selten und Verf. veröffentlicht daher zwei von ihm im Krankenhaus Friedrichshain beobachtete. Der erste betrifft einen 35jährigen Färber, dessen Diabetes durch das Hinzutreten eines tuberculösen Lungenprocesses, dem der Patient erlag, complicirt war. Bei der Autopsie zeigte sich das Pancreas atrophisch, von weicher und schlaffer Consistenz. Es war fast durchwegs durch Fettgewebe substituirt; auf dem Durchschnitte erkannte man makroskopisch auch nicht die geringste Spur des Parenchyms. In der Achse verlief der stark dilatirte, durch seitliche Auszackungen und leistenförmige Fortsätze stellenweise ein varicöses Aussehen gewinnende Ductus pancreaticus. Derselbe war förmlich vollgepfropft mit grösseren und kleineren Concrementen. Die Steine hatten eine grobkörnige, himbeerartige Oberfläche, waren bröcklich und weich, von weissgrauer Farbe und bestanden nach der chemischen Analyse fast ausschliesslich aus kohlensaurem Kalk. Schnitte, die nach der Härtung durch das ganze Organ angefertigt wurden, liessen auch mittelst des Mikroskopes keine Drüsenzellen mehr erkennen. Der zweite Fall betrifft eine diabetische Frau, die ebenfalls an Lungentuberculose zu Grunde ging. An Stelle des Pancreas fand sich in der Leiche ein in Form und Grösse mit ihm übereinstimmender Körper, der fast ausschliesslich aus Fett- und Bindegewebe bestand; nur im Kopf waren noch vereinzelte Läppchen des normalen Parenchyms erhalten. Consistenz des Organs schlaff; im Schwanztheile zeigte sich ein pflaumenkerngrosses, fest im Ductus eingekeiltes Concrement. Der Gang war stark dilatirt, gewunden und angefüllt mit Gries und sandartigen Partikelchen. Bekanntlich hat *Lancereaux* Ende der Siebzigerjahre die Behauptung aufgestellt, dass die Fälle von Diabetes, welche ursächlich auf einer anatomischen Läsion der Bauchspeicheldrüse beruhen, gewisse klinische Eigenthümlichkeiten besitzen, welche sie vor der aus anderen Ursachen resultirenden Zuckerharnruhr auszeichnen. Als Symptome des Pancreasdiabetes beschreibt er den brüsken Eintritt





der Melliturie, eine sehr reichliche Zuckerausscheidung, rapide Abmagerung und eine relativ kurze Dauer der Krankheit. Im Gegensatz zu diesem „mageren" setzt er den „fetten" Diabetes. Hier fehlt die Abmagerung, der Krankheitsverlauf ist ein langsamer, das Einsetzen ein schleichendes; endlich ist die absolute Menge des ausgeschiedenen Zuckers keine sehr erhebliche. Die mitgetheilten Fälle entsprechen allerdings im Grossen und Ganzen dem Bilde des mageren Diabetes; zwar war die Zuckerausscheidung nur im zweiten Falle, und auch hier nur anfänglich, eine reichliche; dagegen waren die übrigen Symptome, schneller Verlauf, rapide Abmagerung u. s. w. gut ausgebildet. Doch sieht Verf. vorläufig keinen zwingenden Grund, diese Erscheinungen auf eine Erkrankung des Pancreas zurückzuführen, er möchte sie eher auf Rechnung des complicirenden Lungenprocesses setzen.

399. ***Ueber gewisse bei Bleichsucht auftretende Symptome.*** *Von Dr.* ***Archibald Garrot****. Verhandlung der Medico-chirurgical society zu London. (Semaine méd. 1893. 10. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 25.)*

Im Allgemeinen glaubt man, dass anämische Geräusche bei Chlorotischen nur an der Herzbasis zu hören seien. Nach den Untersuchungen Verf.'s kann man aber auch in gewissen Fällen von Chloroanämie mit grosser Deutlichkeit diese Geräusche am Rücken, besonders in der linken Hälfte des Spatium interscapulare im Bereich der vierten und fünften Dorsalwirbel nachzuweisen. Es wird intensiver hörbar, wenn der Patient sich in der Rückenlage befindet. In dieser Lage kann man Geräusche hören, welche nicht zur Perception gelangen, wenn Patient aufrecht steht. Was die Erklärung dieses Geräusches anlangt, so kann es nicht durch die Regurgitation des Blutes im linken Ventrikel erklärt werden, andererseits sind auch seine Beziehungen zum Blute keineswegs constant. So hat Verf. das Fehlen des Geräusches constatiren können in Fällen, in denen die Zahl der Blutkörperchen 3 Millionen statt 5 Millionen betrug, während es in anderen Beobachtungen nachweisbar war, wo ein Cubikmillimeter 4 Millionen enthielt; gleichwohl nahm die Intensität des Geräusches auch hier in gleichem Masse ab, wie die Besserung des Zustandes unter dem Einfluss der Behandlung Fortschritte machte. Gewöhnlich hängt es unzweifelhaft mit der Bleichsucht zusammen, da es in dem Moment, wo die letzten Beschwerden verschwunden sind, gleichfalls nicht mehr nachweisbar ist. Von anderen bei besonders schweren Fällen von Bleichsucht gemachten Beobachtungen erwähnt Verf. die Behauptung von gewissen Patienten, dass ihre Füsse des Abends anschwellen, indessen beobachtet man nach seiner Erfahrung nur sehr selten ein derartiges abendliches Oedem, dass der vom Finger ausgeübte Druck bestehen bleibt. Bezüglich der Classification der Bleichsucht betont Verf. die Wichtigkeit der Auffassung, nach welcher zwischen dem Wesen der einfachen Anämie und der Chloroanämie (Bleichsucht) ein principieller Unterschied besteht. Bei der ersteren Erkrankung ist die Zahl der Blutkörperchen erheblich vermindert, während bei der zweiten die respiratorische Function der Blutkörperchen gelitten hat. Die von *Hunter* und anderen Autoren berichtete Thatsache, dass sich in Fällen von Leukocythämie grosse Massen von Urobilin im Harn befinden, wird bei einfacher Chloroanämie niemals beobachtet. Es ergibt sich aus



dieser Thatsache, dass es sich bei der letzteren Affection nicht um einen erhöhten Zerfall der rothen Blutkörperchen handelt. Bekanntlich wird nach der Ansicht gewisser Autoren die Bleichsucht herbeigeführt durch abnorme, im Verdauungstractus sich abspielende Gährungsvorgänge. Diese entstehen ihrerseits durch verminderte Ausscheidung der Salzsäure im Magen. Die Anhänger dieser Theorie empfehlen daher als wirksamstes Mittel gegen dieses Leiden die Salzsäure. Verf., dem diese Methode keineswegs günstige Resultate geliefert hat, wendet vorwiegend Eisen- und Arsenpräparate an. Hämoglobin ist nicht recht zu empfehlen, weil es einen schlechten Geschmack hat und von den Kranken in genügender Menge nur mit Widerwillen genommen wird. Die *Fowler*'sche Lösung hat den Nachtheil, die Dyspepsie bei den Bleichsüchtigen noch zu befördern, das von Anderen empfohlene Ferrum nitricum hat in einigen vom Verf. beobachteten Fällen profuse Diarrhoen zur Folge gehabt.

400. ***Die Dyspepsie mit übergrosser Secretion von Salzsäure und ihre Behandlung.*** *Von Dr. H. Huchard. Vortrag in der Sitzung der Pariser therapeutischen Gesellschaft. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 30.)*

Verf. hält diese Krankheit für heilbar in einigen Tagen oder Wochen durch eine intensive alkalische Behandlung (20—30 Grm. Alkali pro Tag). Es müssen aber drei therapeutische Indicationen erfüllt werden: 1. Man muss durch Hygiene und Diät alle Ursachen von Reizung des Magens vermeiden. *a)* Zur Hygiene: man vermeide Aufregungen, geistige und moralische Ueberlastung, Arbeit unmittelbar nach der Mahlzeit; mässige körperliche Bewegung, ruhiges Leben, Aufenthalt auf dem Lande, Massage, Einreibung der Glieder, absolute Enthaltsamkeit vom Rauchen sind zu empfehlen. *b)* Diät: verboten sind Alkohol, starke Liqueure, Thee, Kaffee, zu kalte oder zu warme Getränke, excitirende Getränke, zu würzige oder salzige, kräftige Saucen, Salate, Säuren, Käse, Kuchen, Gemüse, welche reich an Cellulose sind, sehniges Fleisch, Brot, Fett. Stickstoffhaltige Stoffe werden leicht verdaut, wie weisses Fleisch, Eier, Milch. Die Patienten dürfen nur zwei Glas Flüssigkeit zu jeder Mahlzeit trinken, müssen sorgfältig ihre Nahrung kauen, weshalb man besonders gehacktes Fleisch empfehle. Die Mahlzeiten müssen selten sein (3 täglich): Morgens ein Glas Milch und ein Ei, Mittags Hackfleisch und etwas Purée von Gemüse, Abends Milchsuppe, Eier und Hackfleisch. Um Nachts die Schmerzen und den Vomitus zu bekämpfen, gebe man eine Tasse Milch oder Eiweisswasser, da Albumen freie HCl absorbirt. 2. Man vermindere die Acidität des Magensaftes und verhindere möglichst die fortwährende Secretion. Hohe Dose von Alkalien bis zu 20 bis 35 Grm. pro die, ohne einen Nachtheil davon zu fürchten. Man verbinde Natron bicarbonic. mit einem unlöslichen Pulver wie Kreide, welche eine schützende Decke für die gereizte Schleimhaut abgibt.

Rp. *Natr. bicarb.* *50·0,*
*Cret. praep.* *10·0,*
*Divide in part. aequ. Nr. 30.*

MDS. Stündlich nach jeder Mahlzeit während 4 Stunden 1 Pulver, d. h. 24 Grm. pro die.





Die Obstipation muss durch Magnesia 1—3 Theelöffel pro die bekämpft werden. Als Getränk zu den Mahlzeiten der Brunnen von Pougues oder von Vals. Diese alkalische Medication beseitigt in wenigen Tagen Schmerzen oder Vomitus, der wochen- oder monatelang bestand. Aber man muss die Behandlung noch wochenlang fortsetzen in geringerer Dosis (10—15 Grm.), um den Rückfall zu verhindern, um womöglich die fortwährende Secretion des Magensaftes (Gastrosuccorrhoe) zum Stillstand zu bringen, welche weder durch Atropin, noch durch Morphium, noch Silbernitrat, noch Magenausspülungen beseitigt wird. 3. Man verhüte und bekämpfe Complicationen. Die intensive alkalische Medication kann die Gastrorrhagien, das Magengeschwür, den Magencatarrh und die Dilatation verhüten.

401. ***Pancreatitis suppurativa und Icterus.*** *Von* ***H. Graeve,*** *Oestersund. (Upsala Läkareförenings Förhandlingar. 1892. Bd. XXVII. Heft 7 u. 8, pag. 434.)*

Die Diagnose von Pancreaserkrankungen wird meist erst am Sectionstische gestellt. Dass bei Lebzeiten durch den die Affection begleitenden Icterus der Verdacht auf andere Organleiden abgelenkt werden kann, beweist eine Beobachtung des Verf., wo bei einem 37jährigen Manne Gelbsucht in verschiedener Intensität zwei Jahre bestand, ohne dass Leberaffection und Gallensteine nachzuweisen waren. Der Tod erfolgte in diesem Falle in einem auf heftige Brechanfälle folgenden soporösen Zustande. Die Section wies bedeutende Vergrösserung und Erweichung der Bauchspeicheldrüse, die von einer grossen Anzahl dicklichen Eiter enthaltender Abscesse durchsetzt war, auf, während Leber und Gallenwege intact waren. Der Icterus ist hier nur durch den Druck, den das vergrösserte Pancreas ausübte, zu erklären. Die Haupterscheinung neben dem Icterus war Abmagerung. Neben der Pancreasaffection fanden sich bei der Section acute Pericarditis und längs dem Ligamentum hepatico-duodenale, im Hilus hepatis und längs der Arteria coeliaca zahlreiche walnussgrosse, theils blutreiche, theils mit dickem, gelbem Eiter gefüllte Lymphdrüsen. *Husemann.*

402. ***Ueber den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene.*** *Vorläufige Mittheilung. Von* ***Jos. Breuer*** *und* ***Sig. Freud,*** *Wien. (Neurol. Centralbl. 1893. 1 u. 2. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. April.)*

Langjährige Untersuchungen und Beobachtungen haben den Verff. gezeigt, dass das accidentelle Moment bei dem Beginn der Hysterie (meist gelingt es nur in der Hypnose, die Erinnerungen jener Zeiten, wo die hysterischen Symptome zum ersten Male auftraten, wachzurufen) weit über das bekannte und anerkannte Mass hinaus, für die Pathologie der Hysterie bestimmend ist. Dies ist nicht nur bei der „traumatischen" Hysterie der Fall, wo die Kranken in jedem Anfall den Vorgang des veranlassenden Trauma zu halluciniren scheinen, sondern auch bei den durch ein psychisches Moment („psychisches Trauma") hervorgerufenen Formen, wie denn auch bei der ersteren Form das psychische Moment (des Schrecks) die eigentliche Krankheitsursache ist. Nicht selten fanden sich bei der Hysterie mehrere Partialtraumen, gruppirte Anlässe, die erst in ihrer Summirung traumatische Wirkung äussern konnten,



in anderen Fällen an sich scheinbar gleichgiltige Umstände, die in ihrem Zusammentreffen mit dem eigentlich wirksamen Ereigniss oder mit einem Zeitpunkt besonderer Reizbarkeit die Dignität von Traumen gewonnen haben. Das psychische Trauma, respective die Erinnerung daran, wirkt nach Art eines Fremdkörpers, welcher noch lange nach seinem Eindringen von Zeit zu Zeit Reizerscheinungen hervorruft. Allerdings fehlen die Erlebnisse, welche zu Veranlassungen hysterischer Phänomene geworden sind, dem Gedächtnisse der Kranken in ihrem gewöhnlichen psychischen Zustande völlig oder sind nur höchst summarisch darin vorhanden, aber sie sind nur latent, in der Hypnose stellen sich diese Erinnerungen mit unverminderter Lebhaftigkeit früherer Geschehnisse ein und in derselben Weise sind sie auch bei den hysterischen Anfällen wirksam, „die Hysterischen leiden grösstentheils an Reminiscenzen". — Die Beobachtungen haben den Verff. gezeigt, dass diese latenten Erinnerungen solchen Traumen (afficirenden Ereignissen) entsprechen, auf welche seinerzeit keine genügende Reaction erfolgte, welche nicht gehörig „abreagirt" worden sind; sei es, dass die entlastende Reaction durch äussere Umstände gehemmt oder unterdrückt wurde, oder dass abnorme psychische Zustände zur Zeit des Trauma eine Reaction auf das Geschehniss unmöglich machten. Die pathogen gewordenen Vorstellungen erhalten sich eben darum so frisch und affectkräftig, weil ihnen die normale Usur durch „Abreagiren" versagt ist. Darin liegt auch die Erklärung für die therapeutisch wichtige Beobachtung, dass die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu voller Helligkeit zu erwecken, damit auch den begleitenden Affect wachzurufen und wenn dann Patient den Vorgang in möglichst ausführlicher Weise schilderte und dem Affect Worte gab. Dabei traten fast immer die Reizerscheinungen (Krämpfe, Neuralgien, Hallucinationen) noch einmal in voller Intensität auf, um dann für immer zu schwinden. Affectloses Erinnern ist wirkungslos.

403. ***Die Cholera.*** *Referat von Prof.* ***Rumpf*** *am XII. Congress für innere Medicin. Wiesbaden 12.—15. April.*

Der Vortragende fasst seine Erfahrungen über die obengenannte Krankheit in folgende Sätze zusammen: 1. Der Kommabacillus muss als das ätiologische Moment der asiatischen Cholera bezeichnet werden. Indessen führt die Anwesenheit desselben im Darm keineswegs mit Nothwendigkeit zur Cholera oder einer choleraähnlichen Erkrankung. 2. Der Befund an Kommabacillen bei anscheinend völlig gesunden Personen lässt daran denken, dass die Bacillen zeitweise oder dauernd ihre Wirkung verlieren. Da aber inmitten einer Epidemie das anscheinend gleiche ätiologische Moment bei dem einen Fall zu typischer Cholera führt, bei einem zweiten lebensfähige Kommabacillen ohne Störung des Allgemeinbefindens den Körper passiren können, sind zur Entstehung der Cholera weitere Hilfsmomente erforderlich; diese Hilfsmomente müssen mehr in einer individuellen Disposition als in Zeit und Ort liegen. Letztere können aber gewiss secundär die individuelle Disposition beeinflussen. 3. Die individuelle Disposition besteht im Wesentlichen in Störungen der Verdauung,



welche sowohl in der Einfuhr von ungeeigneten Nahrungsmitteln als in der Anwesenheit anderer Krankheitserreger im Darme ihre Ursache haben können. In dieser Hinsicht scheint das gehäufte Vorkommen von Cholera nostras und Darmcatarrhen neben der indischen Cholera besonders beachtenswerth. 4. Trotz des Vorhandenseins von Kommabacillen im Darm kann der Nachweis derselben vermittelst des Plattenculturverfahrens tagelang ein negatives Resultat ergeben. Auch das Wachsthum der aus den Dejectionen stammenden Kommabacillen ist ein wechselndes. Eine Verzögerung des Wachsthums erfolgte einmal im Anschluss an medicamentöse Eingriffe, insbesondere an die Behandlung mit Calomel und mit Seifenwasserklystieren. Eine ähnliche Wachsthumsverzögerung liess sich in den vereinzelten Fällen der Nachepidemie beobachten. welche bei ganz oder fast ganz ungestörtem Allgemeinbefinden Kommabacillen in den Dejectionen nachweisen liessen. 5. Die Kommabacillen wirken im Wesentlichen durch die Bildung von Toxinen, welche das Epithel des Darmes und der Nieren schädigen und die Circulation und die Wärmeproduction lähmen. 6. Die Kommabacillen können im menschlichen Darm bis zum 18. Tage und vielleicht noch länger (durchschnittlich bis zum 6. Tage) lebensfähig bleiben. Diesem Umstand und einer dadurch bewirkten chronischen Intoxication dürfte ein Theil der secundären Krankheitserscheinungen, insbesondere das Stadium comatosum, zuzuschreiben sein. 7. Eine specifische Therapie der Cholera gibt es einstweilen nicht, wenn auch weitere Versuche, welche an die Bacteriologie anknüpfen, gewiss gerechtfertigt sind.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

404. ***Behandlung der Diphtherie mit 2%iger Myrrhentincturlösung.*** *Von Dr.* ***Ströll****, München. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 30.)*

Die Myrrhentinctur wurde gegen Diphtherie zuerst von Prof. *Hoadley* in Philadelphia empfohlen, er begründete diese Anwendung damit, dass die Myrrhentinctur die in den diphtheritischen Massen sich bildenden und in's Blut übertretenden Giftstoffe, Ptomaine, zerstöre. Verf. hat seit 1¼ Jahren mit 2% Myrrhentincturlösung, versüsst durch Glycerin

Rp. *Tinct. myrrh. . . 4·0*
*Glycerin. . . . . . 8·0*
*Aq. dest. qu. s. ad 200*

20 Fälle von Diphtherie mit Erfolg behandelt, worunter 3 Kehlkopfdiphtherien bei Kindern unter 4 Jahren, von denen er zwei Fälle bereits als Kehlkopfdiphtherie in Behandlung bekam, während der dritte Fall in Folge nachlässiger Darreichung der Myrrhenarznei zur Kehlkopfdiphtherie wurde, aber doch auch zur Genesung kam. Von obiger Myrrhenarznei lässt er Tag und Nacht eingeben, nämlich bei Tag 1stündlich (in schweren Fällen ½stündlich), bei Nacht 2stündlich (in schweren Fällen 1stündlich), und zwar bei Kindern in den ersten 2 Jahren 1 Kaffeelöffel (5·0),



vom 3. bis 15. Lebensjahr 1 Kinderlöffel (10·0), vom 16. Lebensjahr, sowie bei Erwachsenen 1 Esslöffel (15·0); sobald sichtliche Besserung eingetreten ist, dann wird die Arznei seltener gegeben. Eine locale Behandlung ist entbehrlich; aber es lässt sich nicht leugnen, dass der diphtheritische Process auf den Mandeln rascher mit localer Behandlung verschwindet; daher lässt er bei grösseren Kindern und bei Erwachsenen bei Tag 1stündlich (Nachts 2stündlich) mit 2 Esslöffel Chloroformwasser (2·0 : 400) gurgeln. Hält übrigens Jemand mehr auf das Einpinseln, so kann man die Mandeln 1stündlich mit purer Myrrhentinctur bepinseln. Bei Kehlkopfdiphtherie wird von obiger Myrrhenarznei auch 1stündlich (selbst $^1/_2$stündlich) 1—2 Esslöffel inhalirt mittelst eines Inhalationsapparates oder eines Handspray. Zum Schlusse noch die Bemerkung, dass bisweilen, wenn mehrere Tage die Myrrhentincturlösung fortgegeben wird, der Urin nach dem Kochen eine Trübung zeigt in Folge des ausgeschiedenen Myrrhenharzes, die sich aber von der Eiweisstrübung dadurch unterscheidet, dass sie 1. nicht flockig ist und 2. bei Zusatz von genügend Spiritus sich aufhellt. Mit der Myrrhentinctur wäre nur vorübergehend auszusetzen, wenn Harnzwang in Anfällen (Nierenkolik) auftritt (hiergegen ein warmes Bad), was übrigens unter 20 Fällen nur 1mal (bei einer Kehlkopfdiphtherie) vorgekommen ist. Bezüglich der Erklärung des Heilerfolges der Myrrhentinctur nimmt Verf. an, dass ihre Wirkung darin besteht, dass sie die weissen Blutkörperchen — die Phagocyten — vermehrt (Prof. *Binz* gibt an, dass 30 Tropfen Myrrhentinctur die weissen Blutzellen durchschnittlich um das Vierfache vermehren) und so der Organismus eine bessere Möglichkeit erhält, gegen die Einwanderung der Diphtheriepilze und deren Folgen anzukämpfen. *Loebisch.*

405. ***Ueber den therapeutischen Werth des Chlormethyl.*** *Von Dr.* ***Hertmanni,*** *Elberfeld. (Therap. Monatsh. 1893. April.)*

Die therapeutische Anwendung des Chlormethyls rührt von *Debove* 1884 her und wurde bisher zumeist in Frankreich geübt. Verf. berichtet über seine Erfahrungen in 29 von ihm behandelten Fällen. Das Mittel wird in Form der Aufstäubung angewendet. Man erhält es in einem etwa 500 Grm. des verflüssigten Medicaments enthaltenden Cylinder geliefert. Der Cylinder hat eine Länge von 50 Cm., einen Umfang von etwa 15 Cm. Nach Entfernung einer Sicherheitsschraube wird durch Drehen eines am unteren Ende des Cylinders befindlichen Doppelhebels der Ausflusshahn geöffnet, worauf man das entweichende Gas aus einer Entfernung von etwa $^1/_2$ Meter unter entsprechenden Bewegungen des mit der linken Hand gehaltenen Cylinders auf die Haut des erkrankten Körpertheiles aufstäubt. Es bildet sich dabei ein je nach der Dauer und Intensität der Aufstäubung verschieden dicker Niederschlag von Chlormethyl auf der Haut, nach dessen Verflüchtigung dieselbe zunächst weiss, hart und kalt ist. Sehr bald schwindet aber diese Starre und macht einer intensiven reactiven Hyperämie Platz, die sich in den nächsten Stunden bis zur Blasenbildung steigern kann. Die Aufstäubung ist zunächst mit einem intensiven Kältegefühl verbunden, dem bald ein ziemlich heftiges Brennen folgt, das indessen lange nicht so schmerzhaft und an-



haltend empfunden wird wie das durch Ferrum candens hervorgerufene. Die Aufstäubung muss genügend energisch sein, damit die dadurch hervorgerufene Hyperämie genügend lange andauert. Die Erfolge des Verf. bei Ischias, Intercostalneuralgie, Pleurodynie, Lumbago (s. Original) sprechen für die Heilkraft des Chlormethyls. Von einzelnen französischen Aerzten sind nach Verwendung von Chlormethyl Erysipel, Lymphangitis, selbst Gangrän beobachtet worden. Auch Verf. hat wiederholt Blasenbildung nach den Aufstäubungen gesehen. Dieselbe war indessen nicht schlimmer, als sie nach Anwendung eines gewöhnlichen Senfpapiers auch entstehen kann und heilte stets unter einfachen Aufstäubungen von Amylum in einigen Tagen. Es ist natürlich, dass bei Vernachlässigung einer solchen, durch Blasenbildung ihrer schützenden Decke beraubten Hautstelle auch einmal Erysipel oder Lymphangitis entstehen kann; aber diese Gefahr ist nicht grösser als nach der Anwendung von Sinapismen, und man wird doch nicht aus Furcht vor Erysipel und Lymphangitis Bedenken tragen. Senfpapiere anzuwenden. Dass in Folge zu starker Erfrierung eine Hautstelle gangränös werden kann, leuchtet ebenfalls sofort ein. Aber wenn man erst ein Bischen mit der Anwendung des Chlormethyl vertraut ist, kommt man zu der Ueberzeugung, dass dieser üble Zufall bei einiger Vorsicht und nicht gar zu intensiver Aufstäubung leicht wird vermieden werden können. Immerhin kann man ja, wie schon *Debove* empfohlen, bei Diabetikern, Nephritikern und sonstigen cachectischen Personen die Methode lieber vermeiden. Verf. hat bisher über 70 Aufstäubungen vorgenommen und dabei keine anderen üblen Zufälle beobachtet, als eine schnell heilende Blasenbildung und eine darnach entstehende etwas intensivere Pigmentirung, die aber ebenfalls nach einigen Wochen bis Monaten zu verschwinden pflegt. Schlimmere und länger anhaltende Pigmentanhäufungen hat er nach Cantharidenpflastern gesehen. Es soll sich übrigens das nach der Aufstäubung entstehende Brennen und die Blasenbildung durch vorheriges Einreiben der zu behandelnden Stelle mit Glycerin vermeiden lassen. Der einzige Uebelstand bei der Chlormethylbehandlung bleibt die etwas umständliche, und Anfangs mit einer einmaligen ziemlich beträchtlichen Geldausgabe verbundene Beschaffung des Mittels. Der Cylinder, welcher das verflüssigte Medicament enthält, kostet nämlich bei den Farbenfabriken vormals Bayer & Comp. (Elberfeld) 32 Mark und bleibt Eigenthum des Empfängers. Er enthält circa 450 Grm. Chlormethyl (welche 4·50 Mark kosten), nach deren Verbrauch der Cylinder behufs neuer Füllung an die Fabrik zurückgeschickt werden muss. Da nun aber der Inhalt eines Cylinders je nach der Ausdehnung und Grösse der zu bestäubenden Hautpartie für 4 bis 8 Aufstäubungen ausreicht und wohl selten ein Fall mehr als 4 Aufstäubungen erfordern dürfte, in der Mehrzahl der Fälle vielmehr 1 oder 2 genügen, so sind die Kosten für aufgewandtes Chlormethyl, abgesehen von der ersten Anschaffung des Cylinders, doch nur gering und werden durchschnittlich einschliesslich Portoauslagen kaum 1 Mark für jede Aufstäubung betragen, also weniger als eine Massage kostet, während der Erfolg einer Application von Chlormethyl wohl ausnahmslos weit grösser ist als der einer

Massage oder elektrischen Behandlung. Es kommt für den beschäftigten Arzt ausserdem die Zeitersparniss in Betracht; die ganze Aufstäubung ist in wenigen Minuten geschehen.

*Loebisch.*

406. ***Ueber Behandlung der diphtheritischen Angina mit Chromsäure.*** *Von Dr.* ***Lescure.*** *(La France méd. 1893. 2. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 14.)*

Verf. gründet seine Mittheilung auf die Behandlung von 54 Krankheitsfällen, unter denen kein Todesfall vorgekommen ist. Von den 54 Fällen haben 5 den Charakter der bösartigsten Form dargestellt: Streptococcus pyogen., dicke Pseudomembranen, Schwellung der Drüsen, hohes Fieber, Albumin im Harn, Somnolenz. Die Kranken hatten ein Alter von 27 Monaten bis 7 Jahren. Die Krankheitsdauer war 9—15 Tage. — Von den übrigen Fällen waren 33 schwere toxische Diphtheritis, doch nicht so bösartigen Charakters wie die 5 genannten. Zu erwähnen ist, dass in keinem Falle von den 54 Erkrankungen der Process auf den Larynx übergegangen ist. Verf. verfährt folgender Art: Er betupft 2, höchstens 3mal täglich die diphtheritisch belegten Stellen mit einer Chromsäurelösung (2 Grm. auf 5 Grm. Wasser) und nimmt sofort mit einem Tampon eine leichte Abwaschung des Rachens, besonders der betupften Stellen mittelst einer verseiften Theerlösung (Coaltar saponisé) vor; 3—4mal täglich wird der Rachen des Kindes mit einer Glycerintanninlösung (Acid. tann. 6 Grm., Glycerin 30 Grm.) ausgepinselt. Die Pinselung mit Chromsäure hat der Arzt selbst zu thun, damit die gesunde Schleimhaut möglichst geschont werde, die Auspinselung mit der Tanninglycerinlösung kann die Bedienung des Kranken ausführen. Innerlich erhält das Kind 3 bis 10 Grm. Eucalyptustinctur (in 90 Grm. Gummiwasser, 30 Grm. Syrup), löffelweise, und noch 3 Esslöffel folgender Medicin: Tinct. nuc. vomic. (3—8 Tropfen in 24 Stunden, je nach dem Alter), Chinaextract 5 Grm., Syrup 100 Grm., Malagawein 200 Grm. Verf. empfiehlt diese Behandlung eingehend, weil neben einer örtlichen Sterilisirung auch mittelst der Eucalyptustinctur eine allgemeine Sterilisirung auf dem Wege der Athmungsorgane stattfindet und weil die Behandlung einfach ist, die Kräfte des Kindes geschont werden und örtlich keine Erosionen der Schleimhaut gesetzt werden. Tannin allein ist nach Ansicht des Verf. zu schwach wirkend bei den Diphtheritisbelägen, bringt aber die von Chromsäure angegriffenen Membranen zur Ablösung.

407. ***Zur internen Behandlung der Perityphlitis.*** *Von Prof.* ***Sahli,*** *Bern. (Semaine méd. 1892. 51. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 18.)*

Verf. betrachtet als erste und wichtigste Massregel die Verhinderung jeder Einführung von Speisen oder Getränken durch den Mund. Hierdurch allein erzielt man oft schon sofortiges Schwinden des Erbrechens und des Meteorismus, dieser den Entzündungsprocess entschieden ungünstig beeinflussenden Erscheinungen. Man wird also den Kranken mit Hilfe ernährender Klystiere, etwa von folgender Zusammensetzung, erhalten:

*Peptonbouillon 200,*
*Tinct. opii simpl. gtt. III,*
*Natr. chlorat. 10.*



Täglich werden 1—3 solcher Klystiere von einer Temperatur von 40° gegeben. Daneben kann man, um den Durst zu bekämpfen, Klystiere von circa 300 Grm. reinen, 40° warmen Wassers verordnen. Genügen diese nicht, um den Durst zu stillen, so darf man daneben dem Kranken von Zeit zu Zeit einige Schluck Wassers gestatten. — In zweiter Linie steht als wichtiger Punkt die systematische Anwendung der Opiumtinctur. Verf. gibt zunächst einmal 10 Tropfen, dann stündlich, später alle 2 Stunden 5—7 Tropfen. Wenn der Schmerz verschwunden ist, erhält der Kranke nur noch alle 3 Stunden 5 Tropfen, wenn er wieder auftritt, gibt man wieder 10 Tropfen und so fort, — Local empfiehlt sich zu Anfang die Application von Eis, das später durch Cataplasmen ersetzt wird. Wenn unter dieser Behandlung die Schmerzen vollständig geschwunden sind, so lässt man das Opium weg und fängt an, den Kranken nachsichtig wieder per os zu ernähren; man gibt Bouillon, Eier, Milch, später Schabefleisch. Etwaige Obstipation beseitigt man durch Klystier, unter Vermeidung von Abführmitteln. Man gestattet dem Kranken erst das Bett zu verlassen, wenn jede Spur von Fieber verschwunden und wenn auf Druck in der Fossa iliaca kein Schmerz mehr empfunden wird.

*Hertzka*, Carlsbad.

408. ***Zur Behandlung der intermittirenden Hämoglobinurie.*** *Von Dr. **Köster**. Verhandlungen d. Royal med. and chir. Society zu London. 20. Februar 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 30.)*

Es existiren in der Literatur eine Anzahl von Beobachtungen, aus denen hervorgeht, dass in gewissen Fällen die intermittirende Hämoglobinurie wahrscheinlich mit Syphilis in ätiologischem Zusammenhange steht, in diesen sind nach Einleitung einer specifischen Behandlung die Symptome der intermittirenden Hämoglobinurie nach längerer oder kürzerer Zeit verschwunden. Verf. selbst hat einen derartigen Fall beobachtet. Derselbe betrifft einen Patienten, welcher vor 4 Jahren Syphilis acquirirt hatte, die, ohne eine Spur zurückzulassen, ausheilte. Derselbe erkrankte vor kurzer Zeit an einer intermittirenden Hämoglobinurie, wobei die einzelnen Anfälle nicht nur durch Kälte hervorgerufen wurden, sondern auch nach langen anstrengenden Märschen auftraten. Das Allgemeinbefinden war ein gutes. Selbst gelegentlich der Anfälle trat nur zuweilen geringfügiges Frösteln und leichtes Uebelbefinden auf. Gleichzeitig mit der Hämoglobinurie riefen diese Anfälle auch eine kurz dauernde Albuminurie hervor, indessen verschwand das Albumen aus dem Harne, sobald er seine normale Färbung wieder angenommen hatte. Eine combinirte Ergotin-Chininbehandlung in Verbindung mit tonisirendem Regime hatte absolut keinen Erfolg und mit Rücksicht auf die vorangegangene Syphilis unterwarf Verf. den Patienten einer energischen antisyphilitischen Behandlung, welche mittelst subcutaner Injectionen von thymol-essigsaurem Quecksilber ausgeführt wurde. Bereits nach der sechsten Injection verschwanden die Anfälle von Hämoglobinurie vollkommen; selbst nach starken Muskelbewegungen traten sie nicht mehr auf, ebensowenig, wenn Patient sich der Kälte oder Feuchtigkeit aussetzte. Nach Application von ungefähr 15 Injectionen wurde Patient als geheilt entlassen.



# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

409. ***Mastitis chronica cystica (interstitielle Mastitis, Cystadenoma mammae).*** *Von Prof. König. (Centralbl. f. Chir. 1893. 3. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Es handelt sich um einen ausserordentlich häufigen Process in der Brust, der zur Bildung multipler Cysten führt. Verf. verfügt über 15 Präparate (eingelegte Brüste) von „carcinomfurchtsamen Frauen", welche sich entweder mit dem Troste, dass es sich um keinen Krebs handle, nicht zufrieden gaben, oder bei welchen Verf. selbst die hart gespannte Cyste nicht mit Sicherheit als solche diagnosticiren konnte. Die Mastitis chronica cystica kommt nach der Pubertät in jedem Lebensalter vor und befällt oft beide Brüste; besonders häufig tritt sie nach Brustabscess bei Stillenden auf. Bei jungen Mädchen hat sie einen typischen Verlauf. Eine oder beide Brüste schwellen während der Menstruation an und werden schmerzhaft; Schwellung der Achseldrüsen. Mit den Menses schwindet der allgemeine Tumor und es bleiben lederartig harte Knoten und Knötchen. In den meisten Fällen ist ein Symptom den Neoplasmen gegenüber charakteristisch. Während man die Geschwulst gar wohl als eine solche zwischen Daumen und Zeigefinger von der Brust abheben kann, verschwindet sie als Knoten, sobald man mit der flachen Hohlhand die Brustdrüse sammt dem scheinbaren Knoten gegen die Thoraxwand drängt. Die Knoten dauern viele Jahre aus und fallen durch Ei- oder Kugelform, durch elastische Spannung und Fluctuation auf. Hautröthung, Hautverwachsung u. s. w. fehlen. Carcinome und Papillome scheinen sich etwas häufiger in mastitischer Brust zu entwickeln. Die Krankheit muss klinisch und pathologisch-anatomisch bei allen chronischen Erkrankungen der weiblichen Brust berücksichtigt werden.

410. ***Eine neue Methode der Gastrotomie bei Carcinoma oesophagi.*** *Von Dr. Frank. Aus Hofrath Albert's Klinik. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 13. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 5.)*

Die mannigfachen Beschwerden, welche direct durch eine Magenfistel verursacht werden, beruhen in der mangelhaften Schlussfähigkeit der Fistel; der Mageninhalt, der bei irgend erheblicherer Füllung des Magens bei jeder Bewegung vorquillt, corrodirt die umgebende Haut, erzeugt Eczem. Die neueren Operationsvorschläge von *Hahn*, *Witzel* und Anderen sind auch darauf gerichtet, die Schlussfähigkeit der Fistel zu vermehren. Der Vorgang, den Verf. beobachtete, ist der folgende: Nahe und parallel dem linken Rippenbogen wird incidirt, der Magen vorgezogen und mit einer grösseren Kuppe mit Peritoneum umsäumt. Nun wird die Haut oberhalb des Rippenbogens etwa 3 Cm. von der ersten Incision, parallel mit dieser im Umlaufe von 1½ Cm. eingeschnitten, die zwischen den beiden Incisionen gelegene Hautbrücke von der Unterlage abgelöst und der Magenzipfel mit Hilfe einer Fadenschlinge unter der Brücke durchgezogen. Die Magenkuppe wird schliesslich, nachdem sie eröffnet wurde, in die Incision ober dem Rippenbogen eingenäht. Die erste Incision unter dem Rippenbogen wird durch Naht geschlossen. Die Fistelöffnung liegt



durch die Verziehung des Magens nach oben höher als das Niveau des Mageninhaltes. Ferner stellt der eröffnete Magenzipfel das Ende eines Canals dar, welcher sich um den Rippenbogen schlingt und hierbei eine Knickung erfährt und durch leichten Druck von aussen verschlossen werden kann. In zwei operirten Fällen war das Resultat ein gutes, die Fistel liess keinen Inhalt austreten: der Kranke konnte unmittelbar nach der Fütterung herumgehen, sich im Bette aufsetzen, husten, beliebige Lagen annehmen, ohne dass aus der Fistel Mageninhalt ausgetreten wäre. Die Umgebung der Fistel blieb in Folge dessen normal. Keiner der Operirten trug einen Verschlussapparat. Nur wenn Nahrung eingeflösst wurde, wurde durch die Fistel ein Catheter oder ein Drainrohr eingeschoben. Die Verziehung des Magens wurde von den Kranken ohne Beschwerden ertragen. Das Princip des Verfahrens wurde auch auf die Colotomie übertragen und in zwei Fällen ausgeführt. Ueber das definitive Resultat dieser gibt Verf. z. B. wegen Kürze der Beobachtung kein Urtheil ab. Der Verschluss der Colonfistel wird sich aber jedenfalls in genügender Weise durch eine Pelotte, welche auf die Hautbrücke und durch diese den unterliegenden Darm comprimirt, erzielen lassen.

411. ***Kupfervitriolstifte bei der chronischen Endometritis.*** *Von Dr.* ***Arnaud.*** *(Bull. génér. de Thérap. 1892. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 5.)*

Die vielfachen Methoden, die schon zur intrauterinen Behandlung chronischer Endometritis angegeben wurden, beweisen, wie hartnäckig diese Krankheit sich gegen therapeutische Eingriffe erweist. Besonders die gonorrhoische Form zeigt eine schwer zu bekämpfende Widerstandsfähigkeit. Die vom Verf. in 9 einschlägigen Fällen mit günstigem Erfolge durchgeführte Behandlung besteht im Einführen eines Aetzstiftes aus Kupfervitriol in die Uterushöhle. Nachdem die Scheide und der Cervicalcanal in der Seitenlage der Kranken entsprechend desinficirt sind, schiebt man den Stift bis zum Fundus vor, fixirt ihn durch einen aus Jodoformgaze gebildeten Scheidentampon, und belässt ihn, bis er gelöst ist und seine Wirkung vollbracht hat. Die Stifte werden in der Dicke der gewöhnlichen Lapisstängelchen aus gleichen Theilen Kupfervitriol und Roggenmehl mit Zusatz von etwas Glycerin hergestellt. Nach der Application des Stiftes muss die Kranke 2—3 Tage lang zu Bette bleiben. In der Regel genügt ein einmaliges Einlegen zur vollkommenen Heilung. Nur ausnahmsweise wird die Procedur nach einiger Zeit zu wiederholen sein. Nach dem Einlegen des Stiftes treten wohl ziemliche Schmerzen auf, doch halten diese nicht lange an. Man kann sie erheblich mässigen, indem man am Tage vor der Einführung, sowie am Tage selbst 3·0 Bromnatrium oder ein Chloralclysma verabfolgt.

412. ***Fall von fortschreitender Erblindung mit Erfolg behandelt durch temporäre Schädelresection.*** *Von Dr.* ***Hahn****, Berlin. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Auf dem XXII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie berichtet Verf. über obigen Fall. Die Operation wurde in der Annahme eines Cysticercus im linken Frontallappen an dem linken Stirnbein ausgeführt bei einem 30jährigen Schlächtermeister,



der auf dem linken Auge völlig erblindet war, auf dem rechten Auge das Sehvermögen fortschreitend verlor und sonst noch über dumpfen Schmerz im Kopfe klagte. Nach Aufklappen des Knochenlappens trat in Folge sehr gesteigerten intracraniellen Druckes ein bedeutender Gehirnvorfall ein, der zuerst ohne Erfolg abgetragen wurde, dann aber zurückging, nachdem Verf. durch Punction des Ventrikels eine grosse Menge (über 150 Grm.) Flüssigkeit entleert hatte. Darauf complete Heilung. Es hatte sich demnach um einen acuten, wahrscheinlich in Folge von starkem Alkoholgenuss entstandenen Hydrocephalus gehandelt.

413. ***Blutungen in Folge vorzeitiger Lösung der Placenta.*** *Von **Julius Rosenberg**, New-York. (Amer. Journ. of obstetr. 1893, Februar-Heft, pag. 191.)*

Blutungen in Folge vorzeitiger Lösung der Placenta (ein sehr bedenklicher Zwischenfall) sind in seltenen Fällen durch die Gegenwart eines Morbus Basedowii bedingt. Bei Gegenwart dieses Leidens bestehen vasomotorische Störungen. Wahrscheinlich ist eine Lähmung der Vasomotoren da. Consecutiv kommt es zu einer Ueberfüllung der Uterinalgefässe, zu Störung im Placentarkreislaufe und zu Blutextravasaten, die Wehen auslösend, wodurch die Placenta noch mehr von ihrer Basis abgelöst wird. Andere Ursachen sind Traumen. Auch Gemüthsbewegungen können eine Placentarablösung erzeugen. Durch eine plötzliche heftige psychische Alteration tritt eine plötzliche erhöhte Spannung der Gefässe und Uteruscontraction ein, consecutiv folgt ein Bluterguss zwischen Placenta und Uterus. Eine Ablösung der Placenta von ihrer Haftstelle mit consecutiver Blutung erfolgt auch zuweilen dann, wenn der Uterus früher abnorm stark ausgedehnt war, sich sein Contentum plötzlich entleert und er nicht Zeit findet, sich allmälig zu verkleinern. Durch diese plötzliche Verkleinerung des Uterus, der die Placenta nicht folgen kann, wird letztere abgelöst. Dies kann bei Hydramnion oder bei Gegenwart von Zwillingen geschehen. Hier erfolgt die Blutung erst intra partum, während sie in den früher angeführten Fällen schon in der Gravidität eintritt. Ein zu kurzer Nabelstrang kann intra partum die Placenta ablösen und dadurch eine Blutung herbeiführen. Bei Uterus bicornis kann, da die Contractionen der beiden Hörner von einander unabhängig sind, eine Blutung dann eintreten, wenn die Placenta in einem, die Frucht im anderen liegt und ersteres sich allein zu contrahiren beginnt. Die häufigsten Ursachen aber sind Allgemeinerkrankungen oder Erkrankungen des Uterus, in deren Folge die Placenta nicht so fest haftet, wie in der Norm und sonst bedeutungslose Momente genügen, um sie von ihrer Haftstelle zu trennen. Hierher zählt die Syphilis und namentlich die chronische Nephritis. Bezüglich der Erkrankungen des Uterus sind Erkrankungen der Mucosa von früher her zu erwähnen. Die Blutung ist eine innere oder äussere. Letztere ist dann da, wenn ein retroplacentarer Bluterguss bei ringsum anhaftendem Placentarrande eintritt. oder wenn der Muttermund verschlossen ist. Die Symptome sind die der Anämie, Schmerzen, und zwar dumpfe, ziehende mit dem Gefühle der Ausdehnung und Spannung des Unterleibes bei fehlenden Wehen. Ergiesst sich das Blut in das Uteruscavum, so ist der



Uterus grösser, als er früher war, dabei weich und sind keine Fruchttheile zu fühlen. Zuweilen wölbt sich die Placentarstelle umschrieben sichtbar vor. Die Fötalpulse sind alterirt oder unvernehmbar. Zuweilen fliesst ein blutiges Serum ab. Innerlich findet man die Vaginalportion bauchig vorgewölbt, dabei aber kann immerhin der vorliegende Fruchttheil hoch stehen. Besteht eine äussere Blutung, so findet man keine vorliegende Placenta. Blutungen als Folgen einer lacerirten Cervix oder einer Placenta praevia sind leicht auszuschliessen. Im Beginne ist die innere Blutung schwer oder auch gar nicht zu diagnosticiren. Zuweilen ähnelt der Befund hier dem bei Ruptur eines extrauterinalen Fruchtsackes. Die Diagnose ist aus Folgendem zu stellen, aus der veränderten Contour des Uterus, dem erwähnten Verhalten der Vaginalportion, den abnormen Schmerzen und dem alterirten oder fehlenden Fötalpulse. Wichtig ist die Anamnese. Die Prognose für Mutter und Frucht ist sehr dubiös. Nach *Goodell* starben von 106 Fällen 50 Mütter und 59 Früchte und wurden 85% der Früchte scheintodt geboren. Die Therapie hat nur die Mutter im Auge. Die Geburt ist möglichst rasch künstlich zu beenden, sobald es die Verhältnisse gestatten. Zuweilen ist daher das Accouchement forcé, ja selbst der Kaiserschnitt angezeigt. Unter Umständen hat man den Kolpeurynter einzulegen und tiefe Cervixeinschnitte nach *Dührssen* vorzunehmen, um den Muttermund zu eröffnen und die Geburt artificiell zu beenden. Manchmal stillt die aufgelegte Eisblase die Blutung und regt gleichzeitig Wehen an. *Braxton Hicks* zerstäubt zu gleichem Zwecke Aether auf den Unterleib. Die Tamponade ist nicht anempfehlenswerth, denn sie verwandelt die äussere Blutung in eine innere. Sind Wehen da, so sprenge man zur Geburtsbeschleunigung die Blase, sind aber keine da, so thue man dies nicht, um nicht eine etwa nothwendig vorzunehmende Wendung unmöglich zu machen. Bei nachgiebigem eröffneten Muttermunde beendige man die Geburt mittelst der Zange, der Craniotomie oder Wendung. Bei schon weiter vorgeschrittener Geburt reiche man Ergotin. Nicht selten folgt der Geburt eine Atonie des Uterus, wahrscheinlich als Folge einer früher bestandenen Hyperextension des Uterus, oder Folge der allgemeinen Anämie oder Folge einer Erschlaffung der Uterusmusculatur. Eventuell mache man Heisswasserinjectionen in das Uteruscavum oder tamponire letzteres mittelst Jodoformgaze aus. Illustrirt wird diese Mittheilung durch die Anführung von 6 einschlägigen Fällen. In einem Falle bestand Morbus Basedowii. Es gelang, die Frau, bei der die Blutungen schon früher auftraten, zu retten. Die Frucht war nahezu ausgetragen. Bisher sind nur zwei einschlägige Fälle bekannt. Es sind dies die von *Benicke* und *Häberlin* publicirten. Zwei Fälle betreffen hämophilische Weiber. Bei einer trat die Blutung im siebenten Graviditätsmonate und bei der anderen in der 37. Graviditätswoche ein. Die erstere starb, die zweite genas. Die Frucht der ersteren kam scheintodt, die der zweiten lebend. Die drei anderen Frauen, die lebende Früchte gebaren, genasen. *Kleinwächter.*

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

414. ***Wie sollen wir denn das Trachom behandeln?*** *Von* ***Jaesche****. (Arch. f. Augenhk. Bd. XXIV. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Die therapeutischen Massnahmen gegen das Trachom lassen sich in 2 Abtheilungen sondern, nämlich in die rein medicamentöse und in die mechanische Behandlung. Die rein medicamentöse Therapie ist sehr langwierig und reicht fast nie aus. Von den mechanischen Mitteln, die alle darauf gerichtet sind, die Follikel des Trachoms zu zerstören, werden erwähnt: 1. Es wird eine mit feinen Zähnchen versehene Platte aus Metall über die erkrankte Bindehaut mehrmals gerieben *(Fadda)*. 2. Die Follikel werden mit scharfen Pinseln, die an Stahlstiften befestigt sind, ausgebürstet *(v. Schröder)*. 3. Die Conjunctiva wird durch eine glühend gemachte Platinplatte abgebrannt *(Korn)*. 4. Die einzelnen Trachomkörner am Tarsaltheile der Conjunctiva werden galvanocaustisch zerstört, der kranke Theil an der Uebergangsfalte wird durch Brandstreifen cauterisirt *(Fröhlich)*. 5. Mit einem dreiblätterigen Messer macht man vom Lidrand bis zum Fornix Einschnitte in die Conjunctiva und cauterisirt dann die gesetzten Wunden *(Johnson)*. 6. Die Trachomkörner werden — ein bis zwei in jeder Sitzung — tief ausgeschnitten; die Nachblutung wird einige Zeit unterhalten *(Pilz)*. 7. Die ganze trachomatös erkrankte Bindehaut wird an der Uebergangsfalte ausgeschnitten *(Jacobsohn)*. 8. Ausschneiden der Uebergangsfalte und Ersatz des Substanzverlustes durch ein Stück Lippenschleimhaut *(Noiszewsky)*. Endlich 9. Behandlung des Trachoms durch Ausdrücken der Follikel nach *Hotz*. Dieser gab ursprünglich an, das Auspressen derselben mit den Daumennägeln vorzunehmen. Ein ausgezeichnetes Instrument für diese Operation ist die *Himly*'sche Fensterzange. Die Bindehaut des oberen und dann die des unteren Lides werden zwischen den Branchen gefasst und man drückt dann die Follikel in ihrer ganzen Breite mit einigen Zügen aus. Je nach den verschiedenen Stadien des Trachoms ist diese Behandlung, die Verf. in seiner Klinik besonders geübt und der er das Wort redet, verschieden. Ist der Fall frisch, treten die Körner deutlich hervor und ist die Bindehaut nicht übermässig geschwellt, so wird das Lid umgestülpt, die eine Branche der Zange greift in die Uebergangsfalte ein, die andere liegt am Lidrande. Dann zieht man die geschlossene Zange derart über die Conjunctiva, dass nicht nur die Follikel ausgequetscht werden, sondern dass auch die hypertrophisch geschwellte Bindehaut ausgequetscht wird. Die Manipulation erzeugt trotz Einträufeln von starker Cocainlösung heftigen Schmerz, dafür ist die Operation in einer Sitzung beendet. (Bei schwachen Individuen tritt oft Ohnmacht ein, Kinder müssen chloroformirt werden.) Die Blutung ist reichlich, und es ist gut, dieselbe durch warme Umschläge einige Zeit zu unterhalten. Ist das Trachom weiter vorgeschritten, die Conjunctiva stark infiltrirt, der Papillarkörper hypertrophirt und die Follikel schon verändert und nicht mehr so deutlich hervortretend, sondern zerfallen und dabei starker Reizzustand der Hornhaut oder des Randes, dann muss die Bindehaut wiederholt ausgedrückt werden.



Man kann trotz der Reizung im Auge ganz energisch vorgehen. Tags darauf findet man allerdings die Conjunctiva noch stärker geschwollen, blutend und mit oberflächlichem Belage (herrührend von abgestossenem Gewebe) bedeckt. Nach einigen Tagen fällt aber die Schwellung und es tritt deutliche Besserung ein. In den ersten beiden Stadien des Trachoms ergibt diese Methode das beste Resultat; oft erreicht man aber auch einen unerwarteten Erfolg. wenn das Leiden schon das dritte Stadium erreicht hat. Dann bietet die Bindehaut eine ziemlich glatte, atrophische, mehr blutleere Fläche dar, das darunter liegende Gewebe ist infiltrirt, sclerotisch verdickt. Wendet man in solchen Fällen das obige Verfahren an. so kommt es vor, dass sich an der Tiefe der Bindehaut halbzerfallene, fettig degenerirte Körner entleeren. Die Behandlung nach der Operation besteht am ersten Tage in wiederholten kalten Umschlägen, respective Eis; als Waschwasser gibt man Sublimat- oder Borsäurelösung. Nach zwei Tagen beginnt Verf. mit Einträufelungen von 2%igem Lapis; bildet sich der Papillarkörper nur langsam zurück, so ist es vortheilhaft, zum Kupferstift zu greifen. Spärlich zurückbleibende Follikel werden mit der Scheere entfernt. Frische Fälle werden durch diese Methode rasch geheilt, und selbst schlimme Fälle werden nach Verf. Angaben in 5—6 Wochen zur Rückbildung gebracht.

415. ***Die örtliche Behandlung der Rachendiphtherie.*** *Von Prof.* ***Escherich.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 7 u. ff.)*

Man ist durch locale Application desinficirender Mittel im Stande, die im Rachen vorhandenen Diphtheriebacillen zum Verschwinden zu bringen. Verf. beweist dies durch Impfungen vor und nach der Desinfection des Rachens. Die Localbehandlung soll sich nicht blos auf die fibrinösen Auflagerungen beziehen, sondern auch auf die nur catarrhalisch erkrankte Schleimhaut, auf welcher es häufig zu einer reichlichen Vermehrung der Bacillen kommt, noch vor der Membranbildung und oft auch noch lange nach Abstossung derselben. Die von Verf. empfohlenen localen Applicationsmethoden sind: Die Zerstäubung der antiseptischen Flüssigkeit direct auf die Rachenschleimhaut mittelst Spray und das Auswischen der Rachenhöhle mittelst in Sublimatlösung getauchter Schwämme. Der Spray verbraucht nur kleine Flüssigkeitsmengen in der Zeiteinheit und macht die Anwendung concentrirter Lösungen möglich, ohne Gefahr Intoxicationen hervorzurufen, umsomehr, als die verständigen Kinder einen Theil der zerstäubten Flüssigkeit wieder ausspucken. Es verlangt aber auch ein gewisses Entgegenkommen seitens des Kranken, die Durchführung von intelligenter Hand. Verf. benützt für den Spray einen vom Glasbläser Egger in Graz verfertigten, nach dem Principe des *Giffard*'schen Injectors verfertigten Apparat, mittelst dessen man in 30 Secunden circa 3 Ccm. fein zerstäuben kann, und zwar mit Hilfe des Exspirationsstromes eines Menschen. Allein das Sprayverfahren ist nicht überall durchführbar und dann kommt der in 1 : 1000 Sublimat getauchte Schwamm in Verwendung, der mit leichter Drehbewegung die Membranen auswischen soll und gleichzeitig die Rachenhöhle überschwemmt und desinficirt. Die Procedur erfordert 5—30 Secunden, wird bei jeder Sitzung 3—8mal wiederholt und täglich zwei solche



Sitzungen vorgenommen. Die gebrauchten Schwämme werden in Sublimatlösung gebracht, dann in Wasser ausgekocht und können wieder benützt werden, wenn sie nicht zu brüchig sind. Der Widerstand von Seite der Kinder muss überwunden werden. Die unvermeidliche Läsion der Schleimhaut, sagt Verf., ist dabei weniger bedenklich, als bei einer nur unvollständigen Desinfection. Der Diphtheriebacillus gehört zu den wenig widerstandsfähigen Bacterien, und die bisher wirksamsten Antiseptica gegen denselben sind die Quecksilberpräparate. Es werden von einer Sublimatlösung 1‰ bei der Spraybehandlung pro die 0·05 Sublimat (8—16 Zerstäubungen id est 24—48 Ccm.), bei dem Auswischen mit dem Schwamme (2—3mal täglich) jedesmal 50—200 Ccm. für je 5 Schwämme verwendet, wobei die zur Resorption kommende Menge von Sublimat wahrscheinlich mehr als 0·1 pro die beträgt — aber Verf. hat davon niemals eine schädliche Wirkung gesehen. Nebenbei verwendet er ausser Excitantien und anderen symptomatischen Mitteln das Kali chloricum wegen seiner günstigen Wirkung auf die Stomatitis und häufige Gurgelungen oder Ausspülungen mit Thymollösungen, Borsäurelösungen oder besonders gerne mit gleichen Theilen Wasser verdünntes Aq. Calcis. Verf. will vorerst die Frage nicht entscheiden, ob die locale Therapie von Nutzen ist oder nicht, sondern er will nur nachweisen, dass es möglich ist, durch locale Application die Bacillen zum Verschwinden zu bringen, was wohl Heilung bedeuten dürfte, wenn die Erkrankung noch nicht über die Rachenhöhle hinaus fortgeschritten ist. Verf. kann auch auf Grund seiner Beobachtungen über den therapeutischen Werth bisher etwas Bestimmtes noch nicht aussagen. Indicirt wird die Methode vor Allem in frischen, eben beginnenden Fällen, die noch auf die Tonsillen und deren Umgebung beschränkt sind, insbesondere wenn durch den Nachweis der Bacillen die Natur der Krankheit sichergestellt ist. Für die Fälle, in welchen die Krankheit schon auf die Luftwege vorgeschritten ist, lässt Verf. es vorläufig unentschieden, ob die Methode noch indicirt ist oder nicht, contraindicirt ist sie bei septischen Fällen, Contraindicationen können sich endlich ergeben aus dem Alter, dem Kräftezustande, der physischen Verfassung des Kranken oder seiner Umgebung. Indicirt erscheint die Methode als Prophylacticum für jene Fälle, in welchen die Bacillen in grosser Menge auf der nur catarrhalisch afficirten Schleimhaut sich vorfinden und in welchen sie nach Schwund der Membranen in noch virulentem Zustande daselbst zurückbleiben und die Uebertragung auf gesunde Individuen vermitteln können, insbesonders durch die Diphtherisationen verlassende Reconvalescenten. —*r.*

416. ***Ueber Palpation des oberen und unteren Rachenraumes, sowie der Kehlkopfhöhle.*** *Von Dr. **Ziem**, Danzig. (Therap. Monatsh. 1892. Juni. — Schmidt's Jahrb. 1893. 4.)*

Im Gegensatze zu *Avellis* empfiehlt Verf. bei Untersuchung des Nasenrachenraumes die Palpation an erster Stelle vorzunehmen. Er hält die Untersuchung mit dem Finger für die Kranken für weniger unangenehm, als die umständliche Spiegeluntersuchung mit Hilfe des Gaumenhakens. Die Palpation reicht in der Mehrzahl der Fälle zur Beurtheilung der Verhältnisse vollkommen aus.





in manchen Fällen sind die durch sie erhaltenen Ergebnisse den durch Spiegeluntersuchung erhaltenen entschieden überlegen. Nur bei dem recht seltenen Vorhandensein von Geschwüren im Nasenrachenraum ist die Spiegeluntersuchung nothwendig. Chirurgische Eingriffe im Nasenrachenraum werden durch die Palpation oft wesentlich erleichtert. Man darf aber bei der Ausführung der Palpation den Verschluss des Nasenrachenraumes durch das Gaumensegel nicht gewaltsam sprengen wollen, sondern muss mit dem Finger am Gaumensegel auf der Lauer liegen, bis dasselbe durch tiefes Athmen durch den offenen Mund *(Schwartze)*, oder durch Aussprache des französischen on *(Voltolini)* oder nach Ausführung einiger Schluckbewegungen (Verf.) erschlafft. Die Palpation der unteren Rachenhöhle ist für die Diagnose besonders werthvoll bei Glottisödem, bei Vorhandensein von Tumoren oder von Fremdkörpern. Im Allgemeinen untersucht man hier besser, wenn die Zunge weit aus dem Munde herausgestreckt ist, handelt es sich aber darum, die Recessus glosso-epiglottici abzutasten, so bleibt die Zunge besser im Munde. Oft ist es unterstützend für die Untersuchung, wenn dabei der Kehlkopf mit der freien Hand von aussen her etwas nach oben gedrängt wird. Fremdkörper lassen sich durch Palpation oft viel besser nachweisen, als durch Inspection, und sind mit dem Finger häufig auch leichter zu entfernen, als durch Instrumente. Auch für die Untersuchung des Kehlkopfes ist die Palpation nach Verf., und zwar nicht nur bei Kindern, leistungsfähiger, als meist angenommen wird. Die Palpation wird am besten so vorgenommen, dass man den Finger ruhig im Munde hält, den Patienten i intoniren lässt und dann, wenn der Kehldeckel sich hebt, rasch in den Kehlkopf eingeht.

417. ***Ein Fall von Coloboma oculi circum papillam nervi optici (peripapillare).*** *Von Docent Dr.* ***Wilhelm Goldzieher.*** *Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 17.)*

Das linke Auge des 16jährigen jungen Mannes ist vollkommen normal, emmetrop: Visus $^{20}/_{20}$. Das rechte Auge ist amblyopisch. von myopischem Habitus. Die Myopie beträgt wenigstens 18 bis 20 D. Der Augenspiegel ergibt folgenden, höchst überraschenden und seltenen Befund: Im Augenhintergrunde in der Gegend des Sehnervenhügels ist eine beiläufig drei Papillendurchmesser grosse. weisse, regelmässig kreisförmige Oeffnung zu sehen, deren Ränder so scharf sind, als ob sie mit einem Locheisen ausgeschlagen wären. Der Grund der Excavation ist hellweiss, reflectirt das Licht gleich der Sclera, ihr Rand ist breit von einem schwarzen Pigmentsaume umgeben. Um letzteren herum ist der Augenhintergrund in weiter Ausdehnung atrophisch und vom selben Aussehen wie das Staphyloma posticum bei progressiver Myopie. Bei Einstellung auf den Grund der Excavation gewinnt man den überraschenden Eindruck, als ob man in ein Rohr hineinsähe. Die Excavation ist also sehr tief, steil. Im Grunde der Excavation ist die atrophische Papille, in deren Hilus sich die retinalen Gefässe netzförmig vertiefen. Der sclerale Ring der Papille ist unsichtbar. Der Rand der Excavation ist scharf begrenzt, besonders an der oberen Peripherie, wo die retinalen Gefässe beinahe rechtwinklig einbiegen, während



ihr unterer Rand etwas weniger steil und mehr schwach ausgebogen in schiefer Ebene auf den Grund der Ausbauchung übergeht, in welche sich, wie erwähnt, der Sehnerv implantirt. Die beschriebene Anomalie gehört in das Gebiet der Colobome. Die Frage, ob es sich in diesem Falle um einen Entwicklungsfehler handelt, oder ob derselbe Process, welcher die excessive Myopie hervorgerufen, secundär zur Ausbauchung der Bulbuswand geführt hat, lässt sich nicht entscheiden.

418. ***Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe.*** *Von Dr. **Oppenheimer**. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 40. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 3.)*

Nach *Makenzie* verschlimmern sich bei vielen Frauen Nasenleiden zur Zeit der Menses, bei manchen treten dieselben regelmässig zu dieser Zeit auf, auch nimmt das Nasensecret in manchen Fällen während der Menstruation einen unangenehmen Geruch an, bei Ozaena wird der üble Geruch häufig hervortretender. Uebermässiger Geschlechtsgenuss, Masturbation rufen häufig Catarrhe der Nasenschleimhaut hervor oder verschlimmern bestehende Catarrhe. Manche Nasencatarrhe widerstehen der localen Behandlung und heilen erst mit der Beseitigung des Uterinal- oder Ovarialleidens. Verf. bringt 5 Fälle von Amenorrhoe bei an Schwellung des hinteren Endes der unteren Muschel leidenden Personen, welche nach operativer Entfernung desselben ihre Amenorrhoe, ohne weitere gynäkologische oder Allgemeinbehandlung, verloren. Bei der relativ geringen Anzahl beobachteter Fälle kann man hieraus keine bestimmten Schlüsse ziehen, doch lässt sich die Hypothese der Bedingung mancher Amenorrhoen als nasaler Reflexneurosen vasomotorischer Natur nicht ganz abweisen.

## Dermatologie und Syphilis.

419. ***Klinische Untersuchungen über den Prurigo von Hebra.*** *Von Dr. **Edvard Ehlers**, Kopenhagen. (Nordiskt med. Ark. 1892. 24.)*

Als Prurigo von *Hebra* wird jetzt allgemein eine Eruption von kleinen, hanfkorngrossen, isolirten, subepidermoidalen Knötchen bezeichnet, welche fast die natürliche Hautfarbe zeigen und starkes Jucken mit sich führt, das zum Kratzen führt, und dadurch theils zur Krustenbildung, theils zur Entstehung verschiedener impetiginöser und eczematöser Ausschläge Veranlassung gibt. Im Kopenhagener Communehospital sind seit 28 Jahren 207 Fälle von echtem *Hebra*'schen Prurigo beobachtet, von denen 65 bis in die neueste Zeit verfolgt werden konnten, wodurch sich mannigfache Berichtigungen bisher bestehender Irrthümer ergeben haben. Die Affection ist doppelt so häufig bei Männern (137 Fälle) als bei Frauen (70 Fälle). Sie geht meist bis in die früheste Kindheit zurück, doch kommt auch spätere Entwicklung vor, selbst im 29. Lebensjahre, häufiger zwischen dem 10. und 15. Jahre. Verschlimmerungen scheinen im Einklange mit dem Factum, dass jedes Jucken durch Hitze gesteigert wird, im Sommer am häufigsten stattzufinden; doch gibt es ebenso viele Fälle, wo der Winter die





Zeit der Exacerbation darstellt und erst mit dem Sommer in Folge der Benutzung von Seebädern Linderung eintritt. Die Annahme, dass Prurigo nur ein Leiden der Armen sei, stimmt zu den Kopenhagener Zahlen nicht. Einfluss der Erblichkeit ist nicht zu leugnen; in vielen Fällen betrifft das Leiden Geschwister und nahe Verwandte. Die Ansicht *Hebra's*, dass der Prurigo unheilbar sei, ist irrig; mindestens die Hälfte der Afficirten sind nach den Beobachtungen in Kopenhagen complet geheilt. Die Krankheit hat ausgesprochene Tendenz, mit dem Alter an Intensität zu verlieren und nach der Pubertät sich zu verlieren, wenn der Kranke im Stande ist, sich dem elterlichen Hause zu entziehen und die gehörige körperliche Pflege zu holen, besonders aber regelmässige Bäder zu nehmen. Verschwindet das Leiden nicht in den Pubertätsjahren, was in Kopenhagen bei 29% der Fall war, so ist die Aussicht auf complete Heilung gering, doch kamen vereinzelte Fälle von Heilung vor. Sehr schlechte Prognose geben die Fälle, in denen auch das Gesicht in Mitleidenschaft gezogen ist. Die Kranken, bei denen der Prurigo auch nach der Pubertät fortdauert, sind in der Jugend meist sehr anämisch und mager, die Eruptionen treten häufig auf und sind von langer Dauer, das Jucken ist in allen Jahreszeiten von gleicher Intensität, es finden sich bei ihnen stets Ecthyma oder Eczem mit Drüsenschwellung, ausserdem constant weisse Narben als Residuen der secundären Ausschläge. — Dass die Knötchen nicht das Primäre sind, sondern durch das Jucken entstehen, wird durch die Beobachtungen Verf.'s bestätigt. In vielen Fällen verschwinden bei der Behandlung die Knötchen vor dem Pruritus. Therapeutisch sind die Bäder das Wesentlichste. Man gebraucht am besten Seebäder im Sommer, im Winter lauwarme Bäder von $^1/_2$—1 Stunde Dauer, worauf man 10%ige β-Naphtholsalbe einreibt. Die Behandlung muss noch mehrere Monate nach dem Verschwinden der Knötchen fortgesetzt werden.

*Husemann.*

420. ***Wie heilt ein Syphilid unter Quecksilberbehandlung?*** *Von Dr. Unna. Vortrag im ärztlichen Verein zu Hamburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Was zunächst die makroskopischen Vorgänge bei einem einer Quecksilberbehandlung unterworfenen Exanthem betrifft, so folgt auf das erste Stadium, bei welcher noch die charakteristische schinkenartige oder kupferrothe Farbe der Flecke besteht, etwa nach acht Tagen eine gelbbraune Verfärbung derselben, unter gleichzeitigem Schrumpfen der Maculae. Nach einigen Wochen scheinen dann bei oberflächlicher Beschauung auch diese völlig zu verschwinden, doch tauchen sie bei plötzlichen Temperaturwechseln, z. B. beim Erheben aus dem warmen Bett, wieder auf, auch gelingt es, dieselben als zarte gelbe Flecke wieder sichtbar zu machen, wenn die Haut durch Compression mit einer Glasplatte anämisch gemacht worden ist. Diese makroskopischen Erscheinungen hat Verf. bei einer Syphilitischen, die mit einem stark ausgebildeten Exanthem behaftet war, mikroskopisch verfolgt, indem er der Patientin alle Woche ein Hautstückchen excidirte. Die histologischen Bilder gaben eine Erklärung der makroskopisch zu beobachtenden Veränderungen. Die dem syphilitischen Aus-

schlag anfänglich charakteristische Farbe wird bedingt durch das Zusammenwirken der der Plasmazellenanhäufung eigenthümlichen Farbe und der des Blutfarbstoffs. Im zweiten Stadium schwindet letzterer mit dem gesammten Ernährungsapparat, die Papel wird anämisch, dadurch kleiner; die ursprüngliche Convexität ist abgeflacht, aber die Plasmazellen sind noch vorhanden und verleihen nunmehr, ohne den Blutfarbstoff, der Haut die gelbe Verfärbung. Erst dann beginnt unter fernerer Quecksilberwirkung der Zerfall des Knotens: die Plasmazellen zerbröckeln, und die Bröckeln werden mit dem Lymphstrom fortgeschwemmt. Gleichzeitig aber findet ein progressiver Vorgang statt, denn die Riesenzellen desselben Knotens nehmen diese Reste auf; ausserdem entstehen neue Mastzellen. In der Haut erkennt man am Schlusse dieser Periode makroskopisch mehr oder weniger deutlich graugelbliche Flecke, die als Pigmentflecke bezeichnet werden, während doch thatsächlich kein Pigment zu finden ist, sondern nur die Reste früherer Plasmazellen. Im Gegentheil verschwindet häufig normal vorhandenes Pigment unter dem Einflusse der Papelbildung. Anzunehmen, dass die langlebigen Elemente, die Hinterlassenschaft des secundären Syphilids, später der Ausgangspunkt für tertiäre Formen werden können, liegt sehr nahe. Der bekannte Ausspruch *Virchow's* von der Hinfälligkeit der syphilitischen Zelle bezog sich nicht auf die erwähnten Syphilome, sondern auf das Gumma.

In der darauf folgenden Discussion macht *Arning* darauf aufmerksam, dass die geschilderten Vorgänge in der Haut nicht allein durch Quecksilberwirkung hervorgerufen werden, er fragt ferner, ob die vom Verf. geschilderten Vorgänge auch auf die Schleimhautpapeln Bezug hätten, bei denen doch kein erkennbarer Rückstand übrig bleibe, und bezweifelt ferner, dass es sich schliesslich nicht um Pigment, sondern um die Reste der Plasmazellen in den Ueberbleibseln der Papeln handle, unter Hinweis auf die häufige Pigmentbildung bei Entzündungen der Haut. Verf. fasst die beschriebenen Vorgänge nicht als specielle Quecksilberwirkung auf, sondern glaubt, dass durch Quecksilber nur eine Förderung der natürlichen Rückbildungsvorgänge bewirkt werde. Bei den Schleimhautpapeln nehme er dieselben Vorgänge wie bei der Haut an, nur seien durch den grossen Blutreichthum die Reste des Processes nicht zu erkennen.

421. ***Ueber die Behandlung der syphilitischen Plaques der Hohlhand.*** *Von* ***Wladimir de Holstein.*** *(Semaine méd. 1893. 10. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 23.)*

Zu den unangenehmsten Complicationen der secundären Syphilis gehört die Entwicklung der gewöhnlich unter dem Namen Psoriasis palmaris bekannten Plaques der Hohlhand. Durch ihre charakteristische Form, sowie ihre prägnante Localisation sind sie es, welche vor Allem auch dem Laien den Charakter der Affection verrathen, an welcher die davon betroffenen Patienten leiden. Eine unangenehme Eigenschaft dieser Affection ist ferner ihre Resistenz gegenüber jeder specifischen Behandlung, sowie ihre Tendenz zu Recidiven, ja sogar ihre Neigung, in der tertiären Periode wieder zum Ausbruch zu kommen. Leider ist die Behandlung dieser Affection bisher in der Regel sehr vernachlässigt



worden. Man leitet gewöhnlich eine Allgemeinbehandlung ein, ohne sich um die locale, oft recht hartnäckige Affection zu kümmern. Verf. hat nun versucht, durch Combination der allgemeinen mit einer localen Behandlung die Heilung dieses Leidens mehr und mehr zu beschleunigen. Zu diesem Zwecke verwandte er Calomel, welches er in Form von Einreibungen mit einer calomelhaltigen Salbe zur Verwendung brachte. In dem ersten so behandelten Falle handelte es sich um einen jungen Lebemann, welcher an secundären Symptomen der Lues litt und trotz mehrfacher specifischer Curen seine Psoriasis palmaris nicht los werden konnte. In der That ergab die Inspection, dass die ganze Ausdehnung der Hohlflächen beider Hände über und über mit dicken psoriasisartigen Schuppen bedeckt waren. Die vom Verf. in diesem Falle angeordnete Salbe hatte folgende Zusammensetzung:

Rp. *Hydrarg. chlor. mitis 5,*
*Lanolin. Axungiae aa. 15.*
S. Aeusserlich.

Mit dieser Salbe rieb sich Patient jeden Abend vor dem Schlafengehen mehrere Minuten die Handteller ein, Nachts über wurden Handschuhe über die Hand gezogen. Morgens mittelst Seifenwaschungen die Reste der Salbe entfernt. Bereits nach wenigen Tagen beobachtete Verf. eine ganz erhebliche Besserung der Beschwerden und nach 4—5 Tagen waren sie selbst bei genauer Untersuchung der Handflächen kaum mehr zu bemerken. Seitdem hat Verf. das Mittel auch bei anderen, an ähnlichen Affectionen leidenden Patienten angewandt, und zwar stets mit grossem Erfolge. Gleichfalls eine Calomelsalbe hat übrigens auch *Peroni* empfohlen. Er gebraucht für die Hautaffection der tardiven Syphilis Applicationen folgender Mixtur:

Rp. *Hydrarg. chlor. mitis 10,*
*Traumaticin 40.*
S. Aeusserlich.

Die Application dieser Salbe hat auch bei Gummata papulosa et squamosa bessere Resultate ergeben als alle bisher angewandten Behandlungsmethoden.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

422. ***Ueber die Function des Magens.*** *Von Prof. v. Mering, Halle. Vortrag am XII. Congress für innere Medicin. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Der Vortragende legte sich folgende Fragen vor: 1. Findet Magenresorption statt? 2. Was wird im Magen resorbirt? 3. Was geht bei dem Resorptionsacte vor? Durch Beobachtungen und Untersuchungen an Thieren, denen er eine Duodenalfistel angelegt hatte, kam er zu folgenden Resultaten: Trinken die Thiere, so wird das Wasser schussweise aus der Fistel hinausgeworfen, das Wasser wird nicht resorbirt, der Pylorus öffnet und schliesst sich 2- bis 5mal in der Minute und entleert dabei jedesmal 2—15 Ccm.



Wasser, das keine saure Reaction zeigt. Die Thiere leiden colossal an Durst, weil kein Wasser in den Körper kommt, sind anfangs ganz gesund, dann bieten sie die Symptome der *Kussmaul*'schen Magentetanie dar, die, nach Ansicht Verf., bedingt ist durch den Ausfall des Mundsecretes; der Symptomencomplex hat grosse Aehnlichkeit mit dem der Cachexia strumipriva, das Mundsecret ist also für den intermediären Stoffwechsel von grosser Wichtigkeit. Sodawasser fliesst ebenso an Menge unverändert ab, meist ist aber die Menge des abfliessenden Wassers grösser als die des eingeführten, nur $CO_2$ wird massenhaft resorbirt. Alkohol wird sehr schnell durch die Magenwand hindurch in den Organismus aufgenommen, die Thiere wurden rasch betrunken. Von einem mittleren Branntwein werden $^2/_3$ des Alkohols resorbirt, aber für jedes Molekül Alkohol wird die 5—15fache Menge Wassers abgegeben. Zucker wird resorbirt; wie beim Alkohol wird für jedes Molekül Zucker, das durch die Magenwand geht, von dieser Wasser abgegeben. Aus 400 Ccm. einer 10%igen Zuckerlösung sind nach einer Stunde 600 Ccm. einer 5%igen geworden. Aus alkoholischen Lösungen wird noch mehr Zucker resorbirt. Pepton: Aus 300 Ccm. 20%iger Lösung nach einer Stunde 450 Ccm. von geringerem Procentgehalt. Für die Menge der resorbirten Substanzen gilt der Satz, dass sie wächst mit der Concentration der Lösungen. Salze wie Chlornatrium, Bromkalium, Jodkalium werden in nennenswerther Menge nicht resorbirt. Von Salzsäure in 4%iger Lösung wird nichts resorbirt; alles Chlor war noch vorhanden, die Hälfte der Säure aber verschwunden, der Magensaft vermag also Säure zu neutralisiren. Aus seinen Versuchen folgert Verf., dass die Ueberführung des Mageninhaltes in den Darm erfolgt durch rhythmische Oeffnung und Schliessung des Pylorus, dass der Magen weit mehr ein ausscheidendes als ein secernirendes Organ ist. Ferner geben die Resultate von Verf.'s Untersuchungen eine Erklärung für die Bildung der Magenectasie bei Pylorusstenose und einen Anhaltspunkt für die diätetische Behandlung derselben: Vermeidung des reichliche Wasserabgabe im Magen verursachenden Alkohols, Verabreichung concentrirter Nährlösungen, Ersatz des Wassers durch Klysmata.

423. ***Ueber farbenanalytische Untersuchungen.*** *Von Dr.* ***Posner.*** *Congress für innere Medicin. 1893. (Münchener med. Wochenschrift. 1893. 17.)*

Der Vortragende hat seine Untersuchungen an möglichst reinen, aus dem thierischen Organismus gewonnenen Körpern angestellt. Die Farbenanalyse ist durch die Entdeckungen *Ehrlich*'s für die Histochemie überaus bedeutungsvoll geworden; den ersten Versuch, die hierdurch gewonnenen Anhaltspunkte für makroskopisch sichtbare Reactionen zu verwerthen, verdanken wir *A. Schmidt*, der am Sputum nachwies, dass bei Zusatz von *Ehrlich-Biondi*'scher Dreifarbstoffmischung das Eiweiss sich roth, das Mucin aber grün färbt. Vortragender kann dies für Eiweiss verschiedenster Provenienz (Harn, Sperma, Hühnereiweiss etc.), sowie für reines Mucin bestätigen, und hat weiter gefunden, dass von den durch *Kossel* isolirten Substanzen des Kernes das Histon sich gelbröthlich, das Nuclein blau, die Nucleinsäure intensiv grün färbt — letzteres



Reactionen, die unabhängig vom Vortragenden auch *Lilienfeld* festgestellt hat. Diese Reactionen traten nicht nur bei der genannten Farbmischung ein, vielmehr scheint für alle sauren Farbstoffe das Eiweiss, für alle basischen Kern- und Schleimsubstanz empfänglich zu sein: der Kern bildet das saure, das Eiweiss das basische Princip der Zelle (und der Intercellularsubstanzen) — ein Verhalten, das im Hinblick auf die von *Auerbach* aufgefundene „Cyanophilie" des Spermakernes und „Erythrophilie" des Eikernes nicht ohne tiefere Bedeutung für unsere gesammte Auffassung der Lebensvorgänge sein dürfte.

424. ***Ein neuer Fall von isolirter Lähmung des dritten Trigeminusastes mit Geschmacksstörungen.*** *Von Ziehl. (Virchow's Arch. Bd. CXXX. Heft 3. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 15.)*

Der Verf. wendet sich gegen die noch weit verbreitete Lehre, dass der Glossopharyngeus ausschliesslicher Geschmacksnerv sei und dass eine ursprüngliche Geschmacksfunction nicht nur beim Facialis, sondern auch beim Trigeminus unwahrscheinlich sei. — Verf. hat bereits 1889 einen Fall von isolirter Lähmung des ganzen dritten Trigeminusastes beschrieben, bei welchem die Geschmacksempfindung am vorderen Abschnitt der einen Zungenhälfte erloschen war. Seitdem hatte er Gelegenheit, einen ganz gleichen Fall zu beobachten. Ein 50jähriger Bauunternehmer spürte nach einer heftigen Erkältung ein augenscheinliches Ziehen in der rechten Schläfe, welches in unerträgliche Schmerzen überging. — Beim Rasiren bemerkte er eine Taubheit am Kinn und beim Essen Taubheitsgefühl an der rechten Zungenhälfte, die Speisen schmeckten dort wie Stroh, auch konnte er mit der rechten Mundseite nicht gut kauen. Die Untersuchung ergab stark herabgesetzte Sensibilität für alle Gefühlsqualitäten im Bereich des dritten Astes des Trigeminus der rechten Seite (Kinn, Zähne, Schläfe, Zunge), völlige Lähmung der rechtsseitigen Kaumuskeln mit Verlust der elektrischen Erregbarkeit, erhebliche Atrophie der Temporalis, am vorderen Theil (etwa die Hälfte) der rechten Zungenhälfte ist die Geschmacksempfindung sehr mangelhaft, einige Stellen scheinen überhaupt nicht zu schmecken. Die hintere Partie und die linke Zungenhälfte hat normale Geschmacksempfindung. Im Bereich des ersten und zweiten Trigeminusastes, sowie in den übrigen Hirnnerven nichts Abnormes nachweisbar. Unter elektrischer Behandlung trat allmälig Heilung ein, nur der Temporalis blieb völlig gelähmt und atrophisch.

425. ***Ueber Uroerythrin und Hämatoporphyrin.*** *Von Luigi Zoja. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1892. 39. — Schmidt's Jahrb. 1893. 4.)*

Verf. bezeichnet als Hauptcharakteristicum des Uroerythrin das spectroskopische Verhalten, die sehr grosse Lichtempfindlichkeit der Lösungen, die grüne Färbung durch Alkalien, die Beschaffenheit der durch Urate, Blei-, Kalium- und Baryumsalze erhaltenen Niederschläge. Die Uroerythrinurie hängt wahrscheinlich von einer Leberaffection ab. Das Hämatoporphyrin des Harnes ist identisch mit dem durch Einwirkung von Reductionsmitteln auf Hämatin erhaltenen Stoffe. Charakterisirt wird es durch sein



spectroskopisches Verhalten, durch seine Metallverbindungen, durch Entwicklung von Pyrroldämpfen beim Erhitzen, durch Auftreten eines scatolartigen Geruches und Bildung eines urobilinartigen Körpers bei Einwirkung von Zink und Salzsäure, durch eine Reaction mit Salpetersäure, die der *Gmelin*'schen ähnlich ist. Auch die Hämatoporphyrinurie zeigt das Vorhandensein einer Leberaffection an.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

426. ***Trauma und Infection in ihrer beiderseitigen ätiologischen Bedeutung für die Meningitis in forensischer Beziehung.*** *Von Dr.* ***Arnstein.*** *(Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge. Bd. IV. Heft 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 31.)*

Die traumatische Meningitis, welche in der Chirurgie schon längst Gegenstand eingehender Studien ist, ist in der gerichtlichen Medicin erst neuerdings gebührend gewürdigt worden. Von der Voraussetzung ausgehend, dass die Meningitis nur als eine accidentelle Wundkrankheit aufgefasst werden kann, sucht *v. Hofmann* nachzuweisen, dass ihr causaler Zusammenhang mit unbedeutenden incriminirten Misshandlungen und Verletzungen nur selten besteht, respective nur vereinzelt nachgewiesen werden kann. In erster Linie interessiren den Gerichtsarzt die Entzündungen der weichen Hirnhaut, da die harte Hirnhaut und deren Entzündung für die forensische Beurtheilung von viel geringerer Bedeutung ist. Gewöhnlich bildet letztere nur ein Glied in der Kette von destructiven Entzündungen, die der eingedrungene Infectionsstoff auf seinem verheerenden Zuge zur weichen Hirnhaut und Hirnrinde gesetzt hat; wenn die Aussenfläche der Dura auf die Infection mit Eiterung reagirt hat und deren Gewebe weich und morsch geworden ist, muss dem Säftestrom, der durch die Dura gegen den subduralen Raum gerichtet ist, auch die Entzündung viel leichter folgen und wird sich meist schon nach kurzer Zeit auf deren innerer Lamelle etabliren. Die entzündlichen gefässführenden Verklebungen, die sich unterdessen zwischen innerer Lamelle und weicher Hirnhaut gebildet, haben weiterhin den Weg gebahnt, auf dem der Eiter nun immer tiefer dringen kann. Oder es fällt der im subduralen Raume befindlichen Flüssigkeit die Aufgabe zu, die directe Uebertragung des Eiters auf die Oberfläche der weichen Hirnhaut zu bewerkstelligen. Die Leptomeningitis ist es schliesslich also immer, der in Folge ihrer mehr oder weniger raschen Verbreitung über die Hirnhemisphären die Verletzten zum Opfer fallen. Kommt nun eine diffuse Meningitis einige Zeit nach einer erwiesenen oder angeblichen Gewalteinwirkung zur Begutachtung, so ist es oft schwierig, zu entscheiden, ob die Meningitis auf Rechnung jener Gewalteinwirkung zu setzen oder durch einen spontanen Krankheitsprocess zu erklären ist. In anatomischer Hinsicht ist die traumatische Meningitis meist nur von einer Form spontaner Gehirnhautentzündung mit Sicherheit zu unterscheiden, nämlich von der tuberculosen. Immerhin können spärliche Tuberkel gelegentlich übersehen werden. Als ein besonders charakteristisches Merkmal der traumatischen Meningitis könnte es allenfalls be-



zeichnet werden, dass der Eiterprocess sich nicht in dem ganzen Bereiche seines Verbreitungsbezirkes in gleicher Intensität präsentirt, sondern immer an einer Stelle der Ausgangsstelle besonders stark und prägnant ausgebildet ist. Den besten Anhalt für die Diagnose einer traumatischen Meningitis geben gleichzeitige Befunde von vital entstandenen Verletzungen der Schädelknochen, sowie Läsionen der benachbarten Weichtheile. Solange der Gerichtsarzt nicht im Stande ist, die Eingangspforte nachzuweisen, durch welche die eitererregenden Mikroorganismen eingetreten sind, solange muss er Bedenken tragen, die letale Meningitis mit Bestimmtheit für die ausschliessliche Folge einer Gewalteinwirkung zu erklären. Ein causaler Zusammenhang zwischen Meningitis und Läsionen benachbarter Schleimhäute ist bisher nur vermuthet, aber noch nicht durch beweiskräftige Leichenbefunde erhärtet worden. Jene erschütternden Gewalteinwirkungen, die den Schädel mit grösserer oder geringerer Intensität treffen, ohne sonst eine erkennbare Läsion zu setzen, sind erst neuerdings wieder in ihrem Zusammenhang mit Meningitis beachtet worden, während die älteren Aerzte immer der Ansicht gehuldigt haben, dass sich an eine reine Comotio cerebri ohne jedwede Verletzung eine Meningitis anschliessen kann. Zweifellos beweisende Sectionsbefunde für einen solchen Zusammenhang liegen jedenfalls auch jetzt nocht nicht vor.

427. ***Des blessures causées par la dynamite et de leur traitement.*** *Von Dr.* ***E. Rochard.*** *(Gaz. des hôp. 1892. 138. — Centralbl. f. Chir. 1893. 8.)*

In einer Studie bespricht Verf. die Erfahrungen, welche man aus den bisherigen Unfällen bei Dynamitexplosionen in chirurgischer Hinsicht gemacht hat. Das dabei zur Wirkung gelangte Dynamit ist bekanntlich eine Verbindung von Nitroglycerin mit Kieselsäure in verschiedenen Verhältnissen. Die bei der Explosion frei werdenden Gase richten durch ihre ungeheure Expansivkraft die furchtbarsten Zerstörungen der in ihrem Bereich sich befindenden Körpertheile an. Wie enorm diese Kraft sein muss, geht aus folgender Vergleichung hervor: Leuchtgas verwandelt sich bei der Verbrennung in sein 6- bis 7faches Volum, Schiesspulver gibt 1800 bis 2000 Volumtheile nach der Verbrennung, Dynamit dagegen 10.000 Volumtheile. Was bei den Wunden zunächst auffällt, ist der Mangel jeglicher Verbrennung. Dies erklärt sich aus der Schnelligkeit, mit der die Verbrennung der Gase abläuft und erinnert an das Experiment, Schiessbaumwolle auf der Hand verbrennen zu lassen, ohne Brandwunden davonzutragen. Die Wunden selbst sehen hochroth aus und bluten stark; sie zeigen oft den Charakter reiner Schnittwunden, können aber auch stark zerrissen und zerklüftet sein. Die Blutungen sind oft sehr beträchtlich und stehen nicht von selbst, so dass künstliche Blutstillung fast immer erforderlich ist. Während bei Pulverexplosionen die behaarten Körperstellen durch Verbrennung geschwärzt werden, sehen sie beim Dynamit im Gegentheil geradezu weiss aus, was durch die Kieselsäure sich erklärt und differential-diagnostisch zu verwerthen ist. Die Wunden schmerzen nicht auffällig, sind aber schwer aseptisch zu machen. Kommt es zur Heilung, so sind die Narben weich, nicht adhärent, und machen nicht auffällige Deformitäten.



Besonders schwer sind oft die Zerstörungen der Knochen, deren Fragmente im eigenen Körper herumgeschleudert werden. So fand man Fragmente der Metacarpalknochen im Thorax, ja sogar einen abgerissenen Fingernagel im Wirbelkörper des Verletzten. Die Behandlung der Verletzten hat in erster Linie für Stillung der Blutung und Asepsis zu sorgen. Besondere Beachtung verdienen noch die Augen, an denen oft schwere secundäre Veränderungen auftreten können.

428. ***Untersuchungen von Gewürzen.*** *Bericht des Wiener Stadtphysikates 1892.*

Unter 244 Gewürzproben erwiesen sich nur 124 rein. Hinsichtlich der constatirten Fälschungen sind folgende Ergebnisse anzuführen. Schwarzer und weisser Pfeffer mit gemahlenen Birnenstengeln und Sand mit Kukuruzmehl, gemahlenen Pfefferfruchtspindeln, Holzspänen, Mais- und Gerstenkleie, Matta. Piment mit Birnen, Leguminosen- und Kukuruzmehl. Cassia mit Kukuruz- und Birnenmehl. Paprika mit Mais und Farbholz. Zimmt mit Leguminosen- und Cerealienmehl, Kukuruz, Hirse, Kleie, Birnenmehl, Semmelmehl, Leguminosenstärke. Neugewürz mit Eichelkaffee und Kukuruz. In Piment und Nelken waren nebst Sandelholz in einigen Fällen auch erdige Bestandtheile vorhanden. Aus dem Nachweise eines hohen Aschengehaltes in einigen Zimmtproben und von Eisengehalt in der Asche konnte der Schluss gezogen werden, dass dieselben auch mineralische Beimengungen enthielten. Pfeffermatta bestand zum geringen Theile aus Pfeffer, sodann aus Pfefferfruchtspindeln, Gersten-, Reis- und Hirsekleie, Palmenkörnern und verschiedenen anderen fremden Gewebselementen. Bezüglich dieser Gewürzverfälschungen wurde, obschon denselben im Allgemeinen keine gesundheitsschädlichen Eigenschaften zukommen, die Strafamtshandlung mit Rücksicht auf die beabsichtigte Täuschung und stattgefundene Werthherabsetzung beantragt. Hinsichtlich der zum Zwecke von Verfälschungen der Gewürze im Handel vorkommenden sogenannten „Matta" wurde der Antrag auf Republicirung des Magistratsdecretes vom 28. August 1866, Z. 95.131, betreffend den Verkehr mit diesem Gegenstande, gestellt. Hierzu kommen noch die Untersuchungen von 111 Safranproben, von welchen sich nur 47 Proben als tadellos erwiesen. Die übrigen waren mit den Blumenblättern der Ringelblume (Calendula) untermengt, und zwar meist ohne fremdartigen Farbstoff; in einigen Proben wurde jedoch auch noch ein Theerfarbstoff (Safranin) nachgewiesen. Gypshaltig waren 8 Proben und mit Schwerspathpulver 55 Proben. Der Zusatz von Schwerspath und Gyps wurde aus dem Grunde gemacht, um das Gewicht zu erhöhen, woraus allein sich schon die Strafbarkeit des Vorganges ergibt. Als gesundheitsschädlich konnte dieser Zusatz insoferne nicht betrachtet werden, als die genossene Menge jedenfalls stets nur eine sehr geringe ist, und bei der Verwendung von flüssigen Auszügen zum Färben von Genussmitteln vom Schwerspath ohnehin nichts in Lösung übergeht. Unter 72 Kaffeesurrogaten war die Mehrzahl als nicht entsprechend befunden worden, und zwar der Feigenkaffee gemischt mit Rüben- und Birnenmehl und mit Wurzelkaffee, mit gepulverten Weinbeerkörnern und Rindenpulver. Eine Probe wurde beanständet,



weil sie in einem Fasse aufbewahrt gefunden wurde, in welchem früher Anilingrün enthalten war. Unter den Namen Kneippkaffee wurde geröstete Gerste in den Handel gebracht. Eine Probe Würfelkaffee bestand zum grössten Theile aus Kaffeesud. Ein sogenannter Kunstkaffee in Bohnenform bestand aus Stärkekörnchen und anderen Gewebselementen von Cerealien und Leguminosen und enthielt keine Gewebselemente der natürlichen Kaffeebohne. Ein in reclamehafter Weise angezeigter sogenannter Goldkaffee bestand vorwiegend aus Stärkezellen und Kleisterballen (Brot), aus Elementen der äusseren Schichte des Weizenkornes (Kleie) und enthielt nur spärliche, der Samenhaut entsprechende Fragmente der Kaffeebohne. Dr. *E. Lewy.*

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 429. *Mittheilungen über das Zirkon- und Magnesiumlicht und die Verwendung hochgespannter transportabler Gase im Sanitätsdienste und der ärztlichen Praxis.*

*Von Dr.* ***Schrauth,*** *Stabsarzt.*

*(Münchener med. Wochenschr. 1893. 16.)*

Die Ansammlung von Verwundeten während eines Krieges macht es nöthig, die ärztliche und operative Thätigkeit auch zur Nachtzeit auszuüben. Zu diesem Behufe sind die Sanitätsdetachements und Feldlazarethe etatmässig mit Beleuchtungskörpern wie Leuchtern, Laternen, Lampen und Pechfackeln ausgerüstet. Diese Beleuchtungsarten sind jedoch, wenn es darauf ankommt, rasch und sicher, sowie unter möglichster Ersparung von Assistenz operativ zu handeln, nicht immer ausreichend. Man stelle sich vor, dass ein Sanitätsdetachement am Abend nach der Schlacht noch hunderte von Verwundeten zu verbinden, zu transportiren und dabei noch mehrfach unaufschiebbare Operationen vorzunehmen hat, so wird man sich überzeugen, wie weit eine gute Beleuchtung bei Abwickelung dieser ärztlichen Thätigkeit die Arbeit erleichtert und damit fördernd und beschleunigend wirkt. Es handelt sich nun um die Frage, auf welche Weise sind wir im Stande, uns zunächst eine für den Feldsanitätsdienst im obigen Sinne ausreichende Beleuchtungsquelle zu beschaffen.

Wie allbekannt ist durch Einführung der elektrischen Beleuchtung ein Mittel an die Hand gegeben, mit einer Lichtquelle grosse Räume und Plätze zu erhellen. Es sind zu diesem Zwecke elektrische Beleuchtungswagen construirt worden, die Gutes leisten, deren allgemeiner Anwendung aber beträchtliche Hindernisse im Wege stehen. Welche andere Beleuchtungsart könnte am ehesten unseren Zwecken entsprechen? Schon seit langer Zeit ist man damit beschäftigt, Gase in besonderen Behältern unter sehr hohem Drucke zu verdichten, um dadurch das Volumen des Gases zu verringern und die Gase transportfähig zu machen.



Stickoxydulgas oder Lustgas zum Zwecke von Narcosen wird schon seit Langem comprimirt in Eisenflaschen versandt, ebenso comprimirte Kohlensäure für technische Zwecke. Zuerst trat diese Technik in England in's Leben, wo nahtlose Stahlbehälter in grösserer Form schon im Jahre 1885 hergestellt wurden. Diese Flaschen, mit Wasserstoff gefüllt, dienten den englischen Truppen (während ihrer Expeditionen in Egypten, sowie im Sudan und Beschuanalande) zur Füllung ihrer Luftballons und bewährten sich sehr gut. Es hat sich also Mitnahme comprimirter Gase in nahtlosen Stahlbehältern wegen ihrer leichten Transport- und sofortigen Gebrauchsfähigkeit bereits praktisch im Felde bewährt. Schon vor Einführung des elektrischen Lichtes wurde eine Mischung von Sauerstoff und Wasserstoff (Knallgas) in der Form des *Drummond*schen Kalklichtes wegen seiner Intensität zur Beleuchtung verwendet. Gleichwohl ist die Verwendung dieses Lichtes eine sehr beschränkte geblieben, und zwar aus dem Grunde weil einerseits die Herstellung dieser Gase im Kleinen umständlich und zeitraubend, andererseits die Aufstellung getrennter Gasometer für die Aufbewahrung der Gase nothwendig ist, wodurch die Transportfähigkeit eines solchen Apparates nahezu ausgeschlossen erscheint. Auch der bei *Drummond's* Licht verwendete Brenner hat wesentliche Nachtheile. Die Kalklichtscheibe, aus gebranntem kohlensauren Kalk hergestellt, ist sehr hygroskopisch und daher nicht dauerhaft. Dem Knallgasgebläse ausgesetzt, verliert sie rasch an Emissionsvermögen, weshalb drehbare Kalkcylinder angewendet wurden, damit die erhitzte Stelle sich wieder abkühlen konnte. Anders liegen die Verhältnisse bei der jetzigen Verwendung comprimirter und dadurch leicht transportabler Gase. Es ist nicht nur für diese Gasindustrie, sondern auch für die Verwendbarkeit des Knallgases eine neue Aera angebrochen und gerade dadurch diese Beleuchtungsart concurrenzfähig geworden.

An Stelle des *Drummond*'schen Kalklichtes als Brenner ist gleichfalls ein neuer, sehr einfacher Apparat, der Zirkonbrenner getreten, welcher aber in seiner jetzigen Form und trotz seiner Brauchbarkeit unbedingt noch weitere Verbesserung zulässt. Verf. glaubt, dass gerade für Zwecke der Militärsanität im Kriege die Beleuchtung mit Knallgas sich vorzüglich bewähren dürfte. Zunächst haben wir die Gasbehälter, in der Technik „Flaschen" genannt, näher zu betrachten. Es sind dies nahtlose stählerne Cylinder, oben und unten geschlossen, beziehungsweise an einem Ende mit einem Ventile und darüber geschraubter Schutzkappe versehen. Solche Flaschen können trotz ihrer Dünnwandigkeit unbedenklich einem Drucke von 200 Atmosphären ausgesetzt werden und platzen erst bei Steigerung des Druckes in der Höhe von über 400 Atmosphären.

Von grösster Wichtigkeit in der Ausstattung der Flaschen ist das Ventil. Dasselbe wird aus porenfreiem, verdichtetem Bronceguss hergestellt und sorgfältig ausgeführt, um sicheren Verschluss zu garantiren. In den Flaschen befindet sich das Gas unter verschieden hohem Drucke bis zu 200 Atmosphären, je nach der Gasart. Wird das Ventil nach Abschrauben der Schutzkappe geöffnet, so strömt das Gas zischend aus. Entsprechend der Verwendungsart

des Gases ist es nöthig oder wünschenswerth, über dem Ventil ein sogenanntes Reductionsventil zu befestigen, um den Gasdruck zu verringern und gleichmässig zu gestalten. Zur Ergänzung des hier zu verwendenden Gasgemisches für Beleuchtungszwecke sind 1 Theil (Volumen) Sauer- und 2 Theile Wasserstoff (Knallgas), mithin 1 Cylinder Sauerstoffgas und ein nochmal so grosser Wasserstoffcylinder nothwendig. Nehmen wir beispielsweise einen Cylinder mit 2000 Liter Wasserstoffgas (bei 200 Atmosphärendruck), so beträgt das Gewicht desselben = 21 Kgrm., ausserdem bedürfen wir zur Beleuchtung eines halb so grossen Sauerstoffcylinders, mithin 1000 Liter Sauerstoff, was einem Gewicht von $10^1/_2$ Kgrm. entspricht. Das ist das Hauptgewicht des ganzen Apparates, die übrigen Theile, Gummischläuche und Brenner etc. sind in Bezug auf Gewicht von keiner Bedeutung. Mit dieser Zusammenstellung unter Anwendung des Zirkonbrenners soll man eine Lichtstärke von 200 Normalkerzen bei einer Brenndauer von 20 Stunden erzeugen können. Von den Gascylindern (oder dem Reducirventil) weg, da wo die Schraubengewinde sich befinden, gehen beliebig lange Gummischläuche zu einem kleinen Brennapparat, der, ähnlich der Construction der Löthlampe (*Maugham's* Ansatzrohr) beim Gebrauche eine Stichflamme erzeugt. Diese Stichflamme trifft direct ein ihr gegenüberstehendes, etwa 1 Cm. im Durchmesser haltendes und 0·5 Cm. dickes, in einem entsprechend grossen Platinschälchen liegendes Zirkonplättchen, welches durch die Stichflamme in's Glühen gebracht, ein intensives, gleichmässig brennendes Licht gibt. Der Zirkon, welchem diese Beleuchtungsart ihren Namen verdankt, ist ein seltenes Metall. Zur Herstellung der Plättchen wird sogenannte Zirkonerde verwendet, $Zr\,O_2$. Die Lichtquelle kann ausgestattet werden mit einem Schutzglas oder Reflector, auch mit einem Metallcylinder, welchem an einer Stelle des Brennpunktes eine Linse eingefügt ist (ähnlich den Lampen für Augen- und Kehlkopfuntersuchungen), um ein nach einer Richtung hin strahlendes Licht zu bekommen. Die Lichtstärke ist abhängig von der Grösse der Stichflamme und dem hierzu entsprechenden Zirkonbrenner. Selbstverständlich steht der Gasverbrauch mit der Intensität der Beleuchtung in directem Zusammenhange.

Der ganze Apparat fertig montirt, ist in wenigen Minuten aufstellbar, ebenso leicht wieder zusammenlegbar und kann wegen seines geringen Gewichtes auch tragbar hergestellt werden zum Absuchen von Schlachtfeldern. Eine Explosionsgefahr ist nicht vorhanden, da weder Sauerstoff, noch Wasserstoff explosible Gase sind. Es ist nur darauf zu achten, dass die Gascylinder nicht dem offenen Feuer oder einem heissen Ofen zu nahe kommen, da sonst das Material durch Erhöhung der Spannung stark beansprucht und unter Umständen zum Bruche gebracht werden würde. Der Zirkonbrenner ist in seiner Einfachheit und Kleinheit ebenfalls gut transportabel und kann in geeigneter Holzcassette ohne Gefahr der Beschädigung mitgeführt werden. Die Bedienung erfordert durchaus keine technischen Fertigkeiten, sondern lediglich die Kenntniss der Zusammensetzung der einzelnen Theile. Das Licht selbst ist trotz seiner Intensität ruhig, auch im Freien und bei Wind, nur muss es gegen Regen durch eine Glocke geschützt



sein, da auf das Zirkonplättchen auffallende Wassertropfen ein Abspritzen der Masse und dadurch eine Unregelmässigkeit der Beleuchtung oder einen Verlust des Zirkonplättchens zur Folge haben können. Bei der Einfachheit des Apparates, der leichten Transportfähigkeit und Instandsetzung und der grossen Leuchtkraft ist Verf. überzeugt, dass weitere Versuche mit dieser Beleuchtungsart zu einer bleibenden Errungenschaft führen werden, die uns gegebenen Falles in den Stand setzt, die Zwecke der Humanität im Kriege noch in weiterem Masse zu fördern. Schliesslich möchte Verf. noch auf eine weitere Verwendungsmöglichkeit comprimirten Gases hinweisen. So können Flaschen mit comprimirter atmosphärischer Luft bei Unglücksfällen überall da Anwendung finden, wo es sich zur raschen Ventilirung von mit Stickluft erfüllter Räume handelt (Cloaken, Schachte etc.), in welchen noch Menschen lebend vermuthet werden. Je nach den gegebenen Verhältnissen könnte man das Gas in solche Räume unter hohem Drucke einströmen lassen, um so die irrespirable Athemluft rasch zu vertreiben oder wenigstens hochgradig zu verdünnen; auch durch Benützung einer Ventilationsmaske, wie solche bei Einathmung des Lustgases in Anwendung ist, lässt sich eine auf dem Rücken tragbare, mit comprimirter atmosphärischer Luft gefüllte Flasche in Verbindung mit der Respirationsmaske setzen, wodurch die mit der nöthigen Athemluft ausgerüstete Person in dem Raume vorzudringen und sich dort einige Zeit aufzuhalten vermag. Die Bereitstellung solcher Apparate dürfte Aufgabe der Sanitäts- und Rettungsanstalten sein. —*r*.

---

# Literatur.

430. ***Bericht des Wiener Stadtphysikates über seine Amtsthätigkeit und die Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien in den Jahren 1887—1890.*** *Im Auftrage des löblichen Gemeinderathes erstattet von dem Stadtphysicus und k. k. Sanitätsrathe Dr.* ***Emil Kammerer*** *und den beiden Stadtphysicus-Stellvertretern Dr.* ***Gregor Schmid*** *und Dr.* ***Adolf Löffler****. Wien 1892, Wilhelm Braumüller, k. u. k. Hof- und Universitäts-Buchhändler.*

Der vorliegende Bericht des Wiener Stadtphysikates bietet in unserer Zeit, in welcher eine den Fortschritten auf sanitärem Gebiete mehr als früher geneigte Strömung vorhanden ist, nach zwei Seiten einen besonders anregenden Inhalt dar, insoferne aus demselben zunächst deutlich ersichtlich ist, welche vielseitige und erspriessliche Thätigkeit das Wiener Stadtphysikat in allen Zweigen des communalen Sanitätsdienstes während der Berichtsperiode entfaltet hat; andererseits aber die Aufzählung der Agenden selbst und die Darlegung der Anschauungen des Physikates in sanitären Fragen, ein lehrreiches und in jeder Beziehung werthvolles Materiale darbieten, welches den städtischen Aerzten der autonomen Gemeinden zum Studium und zur Richtschnur in analogen Fällen empfohlen werden muss. Leider steht der in dem Kreise der Gebildeten, wie eingangs erwähnt, vorhandenen regen Theilnahme für sanitäre Fortschritte, bei der Durchführung derselben häufig das Sonderinteresse Einzelner und die Abneigung der Gemeindeverwaltungen für die Geldopfer erheischenden Ameliorationen im Interesse der öffentlichen Gesundheits-



pflege, entgegen, und es muss zugegeben werden, dass in einem grösseren Verwaltungsorganismus die Widerstände Einzelner gegen sanitäre Einrichtungen leichter zu überwinden sind, wie in einer kleineren Gemeinde. Jedoch das Beispiel, welches die sanitäre Verwaltung der Residenzstadt Wien darbietet, die Erfolge, welche mit der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes erreicht wurden, wirken hinaus und geben dem Sanitätsarzte moralischen Muth und greifbare Grundlagen, das, was er für erspriesslich hält, auch kräftig anzustreben. Der Inhalt des 816 meist eng und klein gedruckten Seiten zählenden Berichtes ist ein so mannigfaltiger, dass eine Aufzählung desselben an dieser Stelle nicht wohl möglich ist. In der I. Hauptgruppe, hygienischer und sanitätspolizeilicher Theil, sind die gutächtlichen Aeusserungen bei Beurtheilung gewerblicher Anlagen, bezüglich des Leichenwesens, des Verkehrs mit Giften, zur Schulhygiene, Wasserversorgung, Canalisirungsprojecte, von actuellem Interesse. Hier finden wir auch die Ergebnisse der chemischen und mikroskopischen Untersuchungen von Nahrungs- und Genussmitteln, Cosmetica, sogenannten Heilmitteln. Die II. Hauptgruppe ist den ärztlichen, die Sanitätsstatistik und das Medicinalwesen überhaupt betreffenden Agenden gewidmet, über deren Vielheit und Ausdehnung man sich aus dem Berichte selbst belehren mag. Namentlich die Darstellung der Gesundheitsverhältnisse der Stadt Wien in den Jahren 1887—1890 enthält werthvolles Materiale. Das Capitel Rückblick auf die Assanirung und die Gesundheitsverhältnisse Wiens, seit der autonomen Verwaltung, aus welchem die glänzenden und fruchtbaren Fortschritte Wiens in sanitärer Beziehung erhellen, möchten wir besonders hervorheben. Dieses Capitel ist der aus Anlass des 40jährigen Regierungsjubiläums Sr. Majestät des Kaisers im Jahre 1888 veröffentlichten Festschrift der Gemeinde Wien einverleibt worden. *Loebisch.*

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

431. ***Beobachtungen über die diagnostische Verwerthbarkeit der Indicanurie.*** *Von Dr.* ***Alexander Keilmann.*** *Vortrag, gehalten in der Versammlung der Dorpater Naturforschergesellschaft. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 15.)*

Das Vorkommen von Indican (indoxylschwefelsaurem Kali oder Natron) im Urin des Menschen, wie verschiedener Thiere ist unter physiologischen Verhältnissen vielfach constatirt und als Muttersubstanz desselben mit Recht das aus dem Darmtractus stammende Indol angesehen worden. Unter pathologischen Verhältnissen ist in erster Reihe von *Jaffé* die Indicanurie untersucht worden; durch experimentelle Prüfung hat dieser Autor festgestellt, dass bei Störungen des Kothlaufes im Darm oder auch bei aus anderen Gründen bestehender, abnormer Darmfäulniss der Indicangehalt des Urins beträchtliche Steigerungen erfährt. Die quantitative Analyse hat ergeben, dass physiologischer Weise circa 25 Mgrm. Indican in der Tagesmenge vorkommen können; die Grade der Indicanurie bei künstlich erzeugten Verschlüssen oder Stenosen insbesondere des Dünndarms können ungeheuer hohe werden, weil unter solchen Verhältnissen die Stauung fäulnissfähiger Eiweisskörper die Indolbildung excessive Höhen erreichen lässt, denen entsprechend die Resorption des Indols und Ausscheidung desselben als Indican erhöht ist. Auf diese Untersuchungen gestützt, machen die Lehrbücher stets allein den Darm für vermehrte



Indicanurie verantwortlich und nur bei Darmkrankheiten ist von Indicanurie die Rede. Die Differenzen der Indicanausscheidung, die *Jaffé* bei künstlichen Verschlüssen des Dickdarmes und des Dünndarmes an Hunden gefunden, sind auch die wesentliche Grundlage für die wiederholt früher, wie auch neuerdings von *Leichtenstern* auf dem VIII. Congress für innere Medicin in Wiesbaden empfohlene Verwerthung der Indicanurie für die Differentialdiagnose des Sitzes des Darmverschlusses bei Ileus. Erhöhte Indicanausscheidung sollte einen Verschluss des Dünndarmes, fehlende oder geringgradige für Occlusion des Dickdarmes sprechen. Namentlich diese von *Leichtenstern* vertretene Ansicht war es, die Prof. *v. Wahl* veranlasste, die in seiner Klinik im Sommer 1889 behandelten Fälle von Ileus und eingeklemmten Darmbrüchen hinsichtlich der Indicanurie beobachten zu lassen. Die Aufgabe, die entsprechenden Urinuntersuchungen zu machen, wurde mir übertragen und die Beschäftigung mit diesem Gegenstande hat mich Beobachtungen machen lassen, die nach anderer Richtung eine umfassendere Ausbeute der Indicanurie für die klinische Diagnose versprachen. Diese Beobachtungen über pathologische Indicanmengen im Allgemeinen habe ich im Laufe der Jahre in der obengenannten Klinik, ferner in der Frauenklinik des Prof. *Küstner*, sowie endlich in der unter Leitung des Docenten Dr. *Zoege v. Manteuffel* stehenden chirurgischen Abtheilung des Bezirkshospitals fortgesetzt und ich glaube als Resultat dieser Beobachtungen zunächst die Ansicht vertreten zu können, dass die Indicanurie als ein wichtiges Hilfssymptom zur Diagnose versteckter Eiterungen verwerthet werden kann. In manchen Fällen, in denen die Körpertemperatur und andere Symptome sich atypisch verhalten haben, war die Indicanurie das einzige Symptom, das auf den nachher durch Operation oder spontanen Durchbruch erwiesenen, eiterigen Process hinwies. So konnte z. B. der eiterige Charakter einer acuten Kniegelenkerkrankung nur durch den vermehrten Indicangehalt des Urins vermuthet werden, welche Vermuthung sich einige Tage später in der That als zutreffend erwies. Es handelte sich in diesem Falle um eine Stichverletzung oberhalb des Knies. Die Frage, ob die Gelenkkapsel verletzt sei, konnte im Augenblick nicht entschieden werden — es schien sogar wahrscheinlich, dass dieses nicht der Fall war. Die circa 2 Cm. lange Hautwunde wurde durch einen Verband bedeckt und der Patient zu Bettruhe veranlasst; nach einigen Tagen constatirte ich eine pathologische Indicanmenge im Urin des Patienten, die nun von Tag zu Tag zunahm. Obgleich keine Temperatursteigerung beobachtet werden konnte, noch eine merkliche Schwellung, noch sonst irgend ein Symptom für Perforation der Gelenkkapsel und Erkrankung der Gelenkhöhle sprach (die geringen Schmerzen, über die der siebzigjährige Patient klagte, konnten von der Fleischwunde ebenso gut ausgehen), glaubte ich beim Fehlen jeder Verdauungsstörung nach den gemachten Erfahrungen die Diagnose auf Verletzung und nachfolgende eiterige Entzündung der Gelenkhöhle stellen zu dürfen. In den darauffolgenden Tagen mehrte sich fortlaufend die tägliche Indicanmenge, nie aber trat Temperatursteigerung ein. Als dann die Hautwunde erweitert wurde, konnte in der That eine Verletzung der Gelenkkapsel festgestellt werden und nach Freilegung der Oeffnung spritzte ein dicker Strahl stark übelriechenden, grüngelben Eiters hervor. Die Entleerung der Gelenkhöhle und darnach fortschreitende Heilung hatte eine dauernde Abnahme des Indicans im Urin zur Folge, das bald ganz verschwand. In einem anderen Fall war das kleine Becken

einer Frau von einer festen Masse ausgefüllt, deren genauere Beschaffenheit durch Palpation nicht eruirt werden konnte. Weder Fieber noch sonst ein als charakteristisch geltendes Symptom wies auf eiteriges Exsudat. Nur die abnorm grosse Indicanmenge im Urin, die auch nach ausgiebiger Entleerung des Darmes weiter bestand, liess vermuthen, dass im Becken Eiter vorhanden war. Nach längerer Zeit zeigte sich in der That Fluctuation unter der Haut, rechts neben dem Anus, und nach Incision entleerte sich eine grosse Menge übelriechenden Eiters. Nach erfolgter Drainage sank der Indicangehalt und schwand mit der Sistirung der Eiterung vollständig. — Illustrativ scheint mir auch ein dritter Fall (Leistenbruch) durch interessante Complication des Darmbruches mit Eiterung besonders erwähnenswerth. Der Patient stellte sich mit einem alten Leistenbruch vor, weil die hervorgetretenen Darmschlingen sich seit einigen Tagen nicht mehr, wie das früher der Fall war, zurückschieben liessen und weil heftige Schmerzen in der Bruchgegend aufgetreten waren. Die Untersuchung des Urins ergab eine enorme Steigerung des Indicangehalts, und zur Erklärung dieses Umstandes konnte nichts leichter herangezogen werden, als Kothstauung und gesteigerte Darmfäulniss oberhalb der abgeklemmten Stelle des im Bruchsack liegenden Dünndarmes. Allein die Anamnese und augenblickliche Beobachtung ergaben, dass der Patient unter keinerlei Störung der Darmausleerung litt und diese in regelmässiger und ausgiebiger Weise von Statten ging, auch nachdem die erwähnte Verschlimmerung des Bruchleidens eingetreten war. Somit konnte abnorme Darmfäulniss nicht die Ursache der gesteigerten Indicanurie sein. Die unter allen Umständen streng indicirte Bruchoperation brachte jedoch bald genügende Aufklärung. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleerte sich eine beträchtliche Menge flüssigen Eiters aus demselben, der den nur leicht in der Bruchpforte adhärenten, nicht aber eingeklemmten Darm umspült hatte. Obgleich nun die eiterige Flüssigkeit entleert wurde und Vorsichtsmassregeln gegen weitere Ansammlung derselben durch Drainage getroffen waren, ausserdem abnorme Darmfäulniss ausgeschlossen war, sank der Indicangehalt des Urins nur wenig und hielt sich dann in gleicher Höhe 6 Tage lang. Im Verlauf dieser Zeit war eine bedeutende Besserung im Zustande des Patienten eingetreten; Schmerzfreiheit, Herabsinken der Körpertemperatur und der Pulsfrequenz schienen einen vollen Erfolg der Operation zu beweisen, nur die immer noch bedeutende, um nichts verringerte Indicanurie liess sich in das Bild der Convalescenz nicht einfügen. Die fortgesetzte Beobachtung zeigte sogar, dass der Indicangehalt des Urins vom 8. Tage nach der Operation zu steigen begann, ohne dass man sonst eine Verschlimmerung im Zustande des Patienten wahrnehmen konnte. Nachdem nun 5 Tage lang die noch mehr gesteigerte Indicanmenge beobachtet war, ergab eine Untersuchung, dass sich eine mit Flüssigkeit gefüllte Geschwulst von vorn in den Mastdarm hineinwölbte; diese wurde vom After aus eröffnet und 600 Ccm. übelriechenden Eiters entleerten sich durch die eingestochene Canüle. Von dem darauffolgenden Tage an wurde die Indicanreaction im Urin schwächer und nahm stetig ab. Das völlige Schwinden konnte nicht constatirt werden, da Patient sich sieben Tage nach der Punction der Beobachtung entzog. Auch kleinere, unter der Haut gelegene Eiterherde zeigen sich deutlich im Urin an.

Im Uebrigen handelt es sich jedoch um so verschiedene Grade der Indicanurie bei den Processen, die ich vorher besprach, dass diese



beiden Krankheitsgruppen hinsichtlich der Indicanurie völlig getrennt betrachtet werden können. Da es aber gerade die geringeren Grade sind, welche, den mitgetheilten Beobachtungen entsprechend, zu diagnostischer Verwerthung herangezogen werden können, so dürfen eben die geringeren Störungen der Darmfäulniss nicht ganz ausser Acht gelassen werden, will man die Indicanurie zur Diagnose eines Abscesses verwerthen. Aus diesem Gesichtspunkte kann man nun den Darm einerseits auf seine Functionen durch objective Untersuchung prüfen und etwaige Störungen schon nach entsprechenden Aussagen des Patienten ausschliessen, andererseits durch Darreichung eines Abführmittels oder sogar eines desinficirenden Mittels (Calomel, Bismuth) die in ihm etwa liegende Indicanquelle beseitigen. Bleibt dann bei ungestörter Verdauung oder gar nach vorgenommener Entleerung oder Desinfection des Darmes die Indicanmenge annähernd dieselbe, so lässt das darauf schliessen, dass an einer anderen Körperstelle abnorme Eiweissfäulniss vor sich gehe, die namentlich bei eiterigen Erkrankungen Indol producirt, das resorbirt zu Indoxyl wird und als indoxylschwefelsaures Kali (Indican) im Urin erscheint. Die Indicanurie steht dann zum Umfang und zur Intensität des eiterigen Processes in geradem Verhältnisse. Wie das Vorhandensein vermehrter Indicanurie demnach klinisch von Bedeutung sein kann, so kann oft das Fehlen von nicht geringerem Werth sein, indem z. B. nach Operationen, vor welchen der Darm sorgfältig gereinigt worden ist (chirurgisch-gynäkologische Laparotomien), auf Grund der Indicanfreiheit des Urins eine vom Unterbindungs- und Nahtmaterial stammende Eiterung ausgeschlossen werden kann.

Um nun dieses Symptom klinisch benutzen zu können, muss man eine, wenn auch nur annähernde, quantitative Bestimmung machen können, deren wichtigste Eigenschaft eine gewisse Einfachheit und Handlichkeit sein muss, damit der Kliniker auch ohne chemisches Laboratorium die Menge des Indicans ungefähr bestimmen kann. Daher möchte ich vorschlagen, die qualitative Reaction nach *Salkowski* und *Stokvis* durch eine geringe Modification auch für eine, wie mir scheint, genügend scharfe Mengenbestimmung nutzbar zu machen. Mischt man eine bestimmte Menge Harn mit der gleichen Menge Acid. hydrochloric. conc., setzt einige Tropfen einer 5%igen Lösung von Calcium hypochlorosum hinzu, so wird das Indican gespalten und durch Oxydation Indigoblau gebildet; dieser Farbstoff wird beim Schütteln mit vorher zugesetztem Chloroform von diesem aufgenommen und senkt sich schnell im Reagenzglase zu Boden. Die Blaufärbung nimmt mit fortschreitender Oxydation, d. h. mit jedem Tropfen der Chlorkalklösung zu, bis die Oxydation des vorhandenen Chromogens eine vollkommene ist, dann zerstört ein Ueberschuss der oxydirenden Lösung die blaue Farbe. Die Intensität der Blaufärbung als Massstab zu benutzen ist nicht möglich, da sich dieselbe nur bis zu einem gewissen Grade beurtheilen lässt und eine Reihe störender Momente vorhanden ist. Dagegen lässt die Entfärbung sich genau genug bestimmen, um darin eine genügend scharfe Grenze zu finden. Beginnt die Entfärbung sich zu zeigen, so genügen noch wenige Tropfen, um die Chloroformmenge völlig weiss werden zu lassen. Die Zahl der Tropfen also, die von der Chlorkalklösung aus einer gewöhnlichen Tropfflasche zugesetzt werden müssen, um alle Grade der Blaufärbung und der unmittelbar sich daranschliessenden Entfärbung zu erzielen, können als Mass der vorhandenen Indicanmenge dienen, da diese Zahl

um so grösser sein muss, je mehr Indican vorhanden ist. Bei wiederholten Untersuchungen desselben Urins, auch durch verschiedene Personen, ergab sich doch stets das gleiche Resultat, denn höchstens 1—3 Tropfen bezeichneten die Differenzen, die der verschiedenen individuellen Beobachtung entsprechen konnten. Für vergleichende Messungen muss natürlich die Harnmenge stets die gleiche sein; ich habe stets 3 Ccm. Urin mit 3 Ccm. Salzsäure und 1 Ccm. Chloroform gemischt, dann 5%ige Chlorkalklösung tropfenweise zugesetzt und nach jedem Tropfen sanft geschüttelt. Die letztere Lösung muss möglichst frisch nach der Pharmakopoe bereitet sein. Circa 4—7 Tropfen entfärbten das gebildete Indigo unter diesen Bedingungen im normalen Harn. Ein Werth von 10 und mehr hat pathologische Bedeutung und ein subcutaner Abscess von Hühnereigrösse steigert den Werth bis 20 und 30. In noch anderen Fällen sind bis 60 und 80 Tropfen nöthig, um die Flüssigkeit blau und dann weiss zu färben. Wie gross die Zahl der zur Entfärbung nöthigen Tropfen bei Darmocclusion oder eingeklemmten Dünndarmbrüchen ist, habe ich leider nicht feststellen können.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass für die Differentialdiagnose zwischen der Ansammlung eiteriger und seröser Flüssigkeit, z. B. in der Brusthöhle, die Indicanurie ein wichtigerer Fingerzeig sein muss, als das sogenannte *Baccelli*'sche Symptom, das auf der verschiedenen Fähigkeit beider Flüssigkeitsarten beruht, die Flüsterstimmen zu leiten. Von Seiten einiger Collegen sind mir auch hierfür bestätigende Erfahrungen mitgetheilt worden. Ebenso hat *v. Jaksch* das Vorkommen von Indican bei eiteriger Brustfellentzündung beobachtet.

---

# Kleine Mittheilungen.

432. ***Einleitung der Frühgeburt bei kyphotischem Becken.*** *Delthil* (Nouv. arch. d'obstetr. et de gyn. 1892. Oct. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 27) behauptet, dass, wenn bei einer Primipara die Craniotomie sich als erforderlich erwies, bei den nachfolgenden Geburten das Accouchement précoce eingeleitet werden müsse. Man bewirke zuerst die vollständige Dilatation des Orificium uteri und lege darauf die lange Zange an, um das Kind lebend zu erhalten. Nach der Geburt bringe man dasselbe in warmes Wasser von 38° C. und belasse es in diesem 25—40 Minuten hindurch, um seine Temperatur aufrecht zu erhalten. Sobald es durch kräftiges Schreien seine normale Respirationsfunction bekundet, wird es in eine Räumlichkeit von 20° C. übersiedelt, nachdem man es vorher in Watte eingehüllt hat. Die Anwendung des Brütapparates für solche Fälle verwirft Verf., da er kostspielig und schwierig zu handhaben ist und es sich kaum vermeiden lässt, das Kind zu ernähren oder zu säubern, ohne es einem gefährlichen Temperaturwechsel auszusetzen.

433. ***Blaud'sche Pillen.***

Rp. *Ferr. sulfur.* 10·0,
*Sacch. alb.* 10·0,
*Kal. carbon.* 5·0,
*Magn. ust.* 1·0,
*Glycerin qu. s. f. pill. 100.*

Die Pillen sind haltbar, gut löslich und leicht anzufertigen.

(Pharm. Post. 1893.)

434. ***Tanzmonomanie.*** In der Sitzung der Pariser Gesellschaft f. forens. Medicin vom 9. Januar 1893 berichteten *Gilles de la Tourette* und *Damain* über einen in öffentlichen Ballhäusern wohlbekannten jungen Mann von 26 Jahren, Sohn eines Paralytikers, Bruder eines Idioten und eines Epileptikers, welcher seit 9—10 Monaten wahrhaft besessen, dazu getrieben wird, in Balllocalen zu tanzen,



offenbar um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Es ist die Frage, ob er zurechnungsfähig ist. Man sieht ihn sich mitten unter die Tänzer stürzen und 2 bis 3 Stunden hintereinander choreographischen Uebungen hingeben; dann steht er wie betäubt da, wird unwohl und hat Selbstmordideen. Verff. halten ihn jedenfalls für irrsinnig. (La Semaine méd. 1893. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 29.)

435. ***Chloralkampferglycerin zur Behandlung des Ulcus molle*** empfiehlt *Cavazzani.* (Monatsh. f. prakt. Dermat. 11. 1893. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 14.) Die Verschreibung lautet:

Rp. *Chlorali hydrati 5·0,*
*Camphorae 3·0,*
*Glycerini 25·0.*

Die Masse wird Morgens und Abends auf das gereinigte Geschwür aufgeträufelt; darüber eine Wattelage.

---

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Buschan,* Dr. med. u. phil. G., Nervenarzt in Stettin. Die Behandlung der chronischen Rückenmarkskrankheiten. Nach eigenen Erfahrungen und dem gegenwärtigen Standpunkte der Therapie für den praktischen Arzt zusammengestellt. Neuwied und Berlin, Heuser's Verlag.

*Götze, Dr. Rudolf,* Arzt an der psychiatr. Universitäts-Klinik in Würzburg. Die Bleivergiftung. Die Unzulänglichkeit der anatomischen Untersuchung des Nervensystems und die Nothwendigkeit einer chemischen Analyse des Nervenstoffwechsels und der Nervensubstanz. (Verhandlungen der physikalisch-medic. Gesellsch. zu Würzburg. N. F. Bd. XXVI, 8.) Würzburg 1893, Verlag und Druck der Stahel'schen Buchhandlung.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

---

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


Allein ächter
Fleisch-Extract
IN
PORTIONEN
à
8 Kr.
134











Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

**436. *Klinische Studien über den Icterus neonatorum.*** *Von N. A. Quisling. (Norsk Magazin. 1893, 1 u. 2, pag. 148, 226.)*

Die als Icterus neonatorum bezeichnete gutartige Gelbsucht der Haut und Schleimhäute in den ersten Lebenstagen kommt nach den Beobachtungen in der Entbindungsanstalt von Christiania bei 26% der Geborenen vor. Die Affection scheint gegen früher (*Faye* hat die Häufigkeit früher nur auf 8·7% angegeben) hin weit frequenter geworden zu sein, erreicht aber noch lange nicht die Frequenz, die davon aus Anstalten mitteleuropäischer Städte berichtet wird, z. B. 80—90% in Paris *(Bouchut),* 58% in Würzburg *(Scanzoni)* und 73% in Dresden. Weit günstiger stellt sich die Zahl noch in der Privatpraxis, in welcher in Norwegen nur 5% der Geborenen icterisch werden. Auch in der Anstalt ergibt sich in den einzelnen Staaten Schwankung zwischen 15—34%; für die ungünstigeren Ziffern scheint die Ueberfüllung den Grund herzugeben. Die icterische Färbung erscheint vorwaltend vom 1. bis zum 3. Tage inclusive; am 1. Tage bei 6%, nach dem 3. Tage nur bei 16%. Sie ist ebenso intensiv wie bei der Gelbsucht der Erwachsenen, ist oft in der Mundhöhle sehr ausgeprägt und kann nach einer vom Verf. bei einem an Pleuritis gestorbenen icterischen Kinde auch im Gehirn und in serösen Ergüssen constatirt werden.

Die Dauer des Icterus beträgt in mehr als der Hälfte der Fälle 4—6 Tage, in nur 2% 14 Tage. Bei allen Icterischen finden sich Symptome von Verdauungsstörung, von leichter Dyspepsie mit Brechen und Meteorismus bis zu ausgeprägter Gastroenteritis mit serösen und mucösen Diarrhöen. Bei 50% ist Fieber vorhanden; bei 38% Gewichtsabnahme. Die Affection ist fast gleich häufig bei Knaben und Mädchen. Was die Aetiologie anlangt, so besteht bei den meisten Gastrointestinalcatarrh, bei einzelnen beschränkt sich die Affection vielleicht auf Vermehrung der Schleimsecretion und rasch vorübergehender Verstopfung des Gallengangs. Als prädisponirendes Moment kommt hierzu die angeborene Enge der inneren Partie des Ductus choledochus, wodurch sich auch das häufige Vorkommen des Icterus bei zu früh Geborenen erklärt. Bei allen Kindern, ob icterisch oder nicht, entsteht unmittelbar nach der Geburt ein „physiologischer" Catarrh in Folge der erwachenden ungewohnten Thätigkeit der Verdauungsorgane, wodurch eine beträchtliche Blutüberfüllung des Magens und des Dickdarms entsteht. In dieser Zeit wirkt auch die natürlichste Nahrung, die Muttermilch, hyperämisirend, vermehrt die Secretion der Schleimhaut und erzeugt Schwellung derselben. Bei einer grösseren An-

zahl, besonders aber bei früher künstlicher Nahrung, erhält diese physiologische Hyperämie pathologischen Charakter, geht in Catarrh über und gibt zu dyspeptischen Erscheinungen Veranlassung. Die Zeit, in welcher das Durchschneiden des Nabelstranges geschieht, hat nach einer in der Anstalt von Christiania angestellten grösseren Reihe von Versuchen keinen Einfluss auf den Eintritt des Icterus. Gegenüber der Angabe von *Porak*, wonach unmittelbares Abnabeln den Icterus weniger häufig machen soll, ergab sich in Christiania nach unmittelbarer Unterbindung der Nabelschnur bei 368 Kindern 26%, bei 5 Minuten später vollzogener Abnablung bei 104 Kindern nur 18% Icterus. Wenig entwickelte und zu früh geborene Kinder scheinen allerdings für den Icterus prädisponirt zu sein, doch wogen mehr als 20% über $3^1/_2$ Kgrm. *Th. Husemann.*

437. ***Linksseitige Krämpfe in Folge der Geburt, Heilung.*** *Von Prof. Dr.* ***Henoch.*** *(Charité-Annalen. XVII. Jahrg. — Centralblatt f. klin. Med. 1893. 15.)*

Ein 4 Tage altes Mädchen war in zweiter Schädellage, so dass das rechte Scheitelbein das Promontorium passiren musste, geboren worden, und hatte der Durchtritt des Kopfes 10 Stunden gedauert. Schon am Tage der Geburt machten sich Zuckungen im linken Arm, bald auch im linken Bein und im Gebiete des linken Nervus facialis bemerkbar, Zuckungen, welche auch durch einen Druck auf die mittlere Partie der rechtsseitigen Sutura coronalis willkürlich hervorgerufen werden konnten. Das Kind erschien bei der Aufnahme normal entwickelt. In keinem Organ, auch nicht am Schädel etwas Krankhaftes. Temperatur 36·0°. In Zwischenräumen von einer halben und einer ganzen Stunde erfolgten Anfälle blitzartiger, wie durch den elektrischen Strom erzeugter Zuckungen im linken Facialisgebiete und in beiden linksseitigen Extremitäten, deren Dauer zwischen wenigen Secunden und zehn Minuten schwankte. In den Intervallen lag das Kind fast immer in normalem Schlafe. Dieser Zustand dauerte drei Tage an und verschwand dann spurlos und dauernd. Verf. führt dieses Symptom auf den Druck zurück, den das rechte Scheitelbein erlitten hatte; durch diesen ist dann ein Blutextravasat in den Maschen der Pia, vielleicht auch ein pachymeningitischer Process oder ein Bluterguss zwischen Knochen und Dura (Cephalhaematoma internum) zu Stande gekommen, der eine Reizung auf die betreffende Hirnpartie ausübte. Durch Resorption des ergossenen Blutes kam dann die Heilung zu Stande.

438. ***Zur Pathogenese des Icterus.*** *Von Prof.* ***Liebermeister.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 16. — Med. Neuigkeit. 1893. 17.)*

Die Entstehung des Icterus dachte man sich so, dass Galle und hauptsächlich Gallenfarbstoff in's Blut gelangt und in den Geweben abgelagert wird. Wird der Abfluss der Galle in der Leber durch irgend eine Ursache wesentlich gehindert, so kann die Galle in die Blut- und vorzugsweise Lymphgefässe übertreten; man spricht dann von Stauungsicterus, auch Resorptions- oder hepatogener Icterus genannt. Sehr häufig nun lässt sich eine solche Stauung der Galle bei Icterus nicht nachweisen. Man suchte nach anderen Erklärungen, nahm an, es werde übermässig viel Galle in der Leber gebildet, Polycholie, welche dann vom Darm



aus wieder unzersetzt resorbirt würde, oder glaubte, die Function der Leber bestehe nur in einer Abscheidung der schon im Blute präformirt vorhandenen Gallenbestandtheile; mit Aufhebung der Leberfunction musste die Galle im Blute zurückbehalten werden: Retentionsicterus, Suppressions- oder hämatogener Icterus. Seitdem aber die Ansicht, dass die Galle erst in der Leber gebildet werde, zur allgemeinen Anerkennung gekommen war, liess sich die bisherige Auffassung des Retentionsicterus nicht mehr festhalten. — Verf. wurde nun durch den Professor der Physiologie, *Grützner*, darauf aufmerksam gemacht, dass die normalen lebenden Leberzellen nach der Analogie anderer Drüsenzellen die merkwürdige Eigenschaft besitzen, die in ihnen producirte Galle vollständig zurückzuhalten und deren Uebertritt in Blut und Lymphe zu verhindern. Sobald die Leberzellen bedeutende pathologische Veränderungen erlitten haben, werden sie nicht mehr fähig sein, die Diffusion der Galle in Blut und Lymphe zu verhindern, ähnlich wie bei gewissen Erkrankungen der Nierenepithelien das Eiweiss nicht mehr vollständig zurückgehalten wird und in den Harn übertritt. In der That zeigen in den meisten Fällen von Icterus, bei welchen eine Gallenstauung nicht zu Grunde liegt, entweder sämmtliche Leberzellen oder viele von ihnen Veränderungen, sie sind mehr oder weniger degenerirt. Es kann möglicherweise eine Zelle nur so weit verändert sein, dass sie zwar noch Galle bereitet, aber nicht mehr die Diffusion verhindert, oder es kann ein Theil der Zellen noch Galle bilden, welche von anderen, veränderten Zellen durchgelassen wird.

Verf. möchte den Icterus, welcher dadurch entsteht, dass die Leberzellen die Galle nicht mehr festzuhalten vermögen, als akathektischen Icterus bezeichnen, *καθεκτικός* = festhaltend (*ἀκάθεκτος* = unaufgehalten). Ganz passend könnte er auch als Diffusionsicterus bezeichnet werden; allein *Frerichs* bezeichnete mit diesem Namen den Icterus, welcher nach seiner Theorie durch Herabsetzung des Blutdruckes im Pfortadergebiet entstehen sollte. Indess vermag auch die Annahme des akathektischen Icterus nicht alle Fälle zu erklären; die Möglichkeit einer Umwandlung des Blutfarbstoffes in Gallenfarbstoff schon im Blute lässt sich nicht bestimmt in Abrede stellen. An eine solche Entstehungsweise des Icterus kann man denken, wenn er neben Hämoglobinurie auftritt, ferner in Fällen von acuter gelber Atrophie oder acuter parenchymatöser Degeneration, wenn der Icterus erst auftritt oder noch zunimmt, nachdem die Leberzellen vollständig zerfallen und ihre Function bereits aufgehoben ist. Allerdings könnte auch in diesen Fällen die früher vor Zerstörung der Leberzellen gebildete Galle noch nachträglich zur Wirkung kommen oder eine neue Bildung wenigstens von Gallenfarbstoff möglich sein. Es ist nun schwer, die Fälle von Stauungsicterus und von akathektischem Icterus genau zu trennen. Im Allgemeinen ist um so eher an Stauungsicterus zu denken, je höher der Grad des Icterus ist. Wenn z. B. bei einem Menschen ein hoher Grad von Icterus auftritt, und wenn dabei die Stuhlgänge entfärbt sind, während eine vollständige Zerstörung der Leberzellen oder eine vollständige Aufhebung der Leberfunction nicht anzunehmen ist, so ist mit Sicherheit auf eine totale Gallen-

stauung zu schliessen. Hingegen kann bei mässigem Icterus, wenn die Stuhlgänge noch gallige Färbung zeigen, die Entscheidung, ob unvollständige Gallenstauung oder akathektischer Icterus vorliege, eine recht schwierige sein und sind dabei für die Diagnose alle sonstigen Umstände zu berücksichtigen.

Zum Stauungsicterus gehören alle Fälle, bei welchen ein mechanisches Hinderniss für den Abfluss der Galle besteht, wie z. B., wenn der Ductus choledochus oder hepaticus oder auch Gallengänge innerhalb der Leber durch Tumoren comprimirt oder durch Gallensteine verschlossen werden, oder wenn, wie es in seltenen Fällen vorkommt, der Verschluss erfolgt durch hineinwuchernde Neubildungen oder durch Narbenbildung in Folge von Verschwärung der Schleimhaut. Auch der Icterus bei der biliären Form der Lebercirrhose und bei der biliären Form des multiloculären Echinococcus ist von dem Verschluss der Gallenwege abzuleiten. Dagegen ist der Icterus, welcher bei der portalen Form der Lebercirrhose vorkommt und gewöhnlich einen weniger hohen Grad erreicht, wohl nur zum Theil auf Compression von Gallengängen zurückzuführen, zum anderen Theil als akathektischer Diffusionsicterus mit der secundären Degeneration der Leberzellen in Beziehung zu bringen. Verf. glaubt, dass bei der häufigsten Form des Icterus, dem sogenannten catarrhalischen oder Gastroduodenalicterus, thatsächlich bei den typisch verlaufenden Fällen die gewöhnliche Auffassung zutrifft; wahrscheinlich würden dazu aber noch manche Fälle gerechnet, welche zum akathektischen Icterus gehören. Uebrigens werden durch jede Gallenstauung die Leberzellen geschädigt, so dass bei längerem Bestehen eines Stauungsicterus nicht selten schliesslich eine ausgedehnte Degeneration und ein Zerfall der Leberzellen eintritt, wodurch das Hinzutreten eines Diffusionsicterus im weiteren Verlauf der Krankheit erklärlich ist. Die Zeit, innerhalb welcher eine solche Zerstörung der Leberzellen vor sich geht, schwankt zwischen Wochen und Jahren. Zum akathektischen Icterus oder Diffusionsicterus gehören zunächst alle die Fälle, bei denen der Icterus als Folge von Vergiftungen entsteht, so namentlich nach Vergiftung mit Phosphor, Chloroform, Alkohol, Arsenik, Mineralsäuren. In diesen Fällen ist die Degeneration der Leberzellen anatomisch nachweisbar, während zugleich die Verminderung der Gallensecretion auf eine wesentliche Störung ihrer Function hindeutet; ein Verschluss der Gallenwege ist dabei in der Regel durch den anatomischen Befund sicher ausgeschlossen, und dem entspricht auch der Umstand, dass der Icterus gewöhnlich nur einen geringen Grad erreicht. In gleicher Weise ist zu deuten der Icterus nach dem Biss von Giftschlangen. Ferner rechnet Verf. hierher den durch Infection entstandenen Icterus, wie er namentlich beim Gelbfieber vorkommt oder als epidemischer Icterus auftritt; auch gehören hierher die nichttoxischen sporadischen Fälle von acuter gelber Atrophie und acuter parenchymatöser Degeneration, sowie auch manche weniger schwere Fälle, die gewöhnlich zum catarrhalischen Icterus gezählt werden. Der Icterus, der in manchen Fällen von fieberhaften Krankheiten auftritt, wie bei Pneumonie, Malariafieber, Pyämie, Abdominaltyphus, exanthematischem Typhus, Febris recurrens, kann in ein-





zelnen Fällen eine Complication darstellen und auf einem Catarrh der Gallenwege oder auf einem anderen Hinderniss für den Gallenabfluss beruhen; in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle aber handelt es sich sicher nicht um Gallenstauung, sondern der Icterus ist aus der Degeneration der Leberzellen herzuleiten. — Wahrscheinlich gehören zum akathektischen Icterus auch die seltenen Fälle von Icterus nach heftigen Gemüthsbewegungen.

439. ***Ueber den Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus in Schwangerschaft und Wochenbett.*** *Von Professor* ***v. Noorden.*** *(Charité-Annalen. XVII. Jahrg., pag. 185 ff. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 15.)*

Im Verlaufe von drei Jahren hat Verf. 11 Fälle von Schwangeren beobachtet, die an acutem Gelenkrheumatismus erkrankten; er gewann dabei die Ueberzeugung, dass Gravidität und Puerperium der Polyarthritis einen besonderen Stempel aufprägen und ihre Abheilung erschweren. In allen Fällen hatte die Polyarthritis vor dem Ausgange der Schwangerschaft begonnen. Statt dass unter der üblichen Behandlung die Erkrankung der zunächst befallenen Gelenke nach Tagen oder wenigen Wochen zurückging oder — wie dies bei länger sich hinziehenden Rheumatismen die Regel — schubweise neue Gelenke befallen wurden, andere zur Norm zurückkehrten, statt dass die Gelenke nach Ablauf der Erkrankung ihre Gebrauchsfähigkeit wieder erlangten, findet hier diese Entwicklung nur vereinzelt statt. In einzelnen, meist grossen Gelenken (besonders Knie) oder in einem ganzen Complex von benachbarten Gelenken (Hände), wo schon von den ersten Tagen an die Erkrankung mit besonderer Heftigkeit aufgetreten war, blieb die Entzündung bestehen und trotzte der Behandlung mit den verschiedensten Mitteln. Nur durch Einwicklung und Fixirung der Gelenke liess sich dann häufig, nicht regelmässig, eine Verminderung der Schmerzen und auch eine Abnahme der Schwellung erreichen. Dann stand der Heilungsprocess lange Zeit still; Wochen und Monate vergingen, ohne dass Schwellung und Schmerzen nachliessen; durch Massageversuche wurden die Symptome nur verschlimmert. Inzwischen traten in den meisten Fällen wieder neue leichtere Attaquen von Erkrankung anderer Gelenke auf, welche aber stets durch Antirheumatica im Zaum gehalten werden konnten. Nach Abklingen der acuten Erscheinungen war es dann in fast allen Fällen zu Steifigkeit des lang erkrankten Gelenkes gekommen, welche zum Theil allerdings durch die langdauernde Fixirung veranlasst war, zum Theil aber auf geweblichen Veränderungen in den Gelenken und ihrer Umgebung beruhte. — Therapeutisch wurden dieselben Präparate und Dosen in Anwendung gebracht wie bei sonstigen Fällen von Gelenkrheumatismus, nur fand das salicylsaure Natron eine vorsichtige Verwendung. Trotzdem verliefen von den 11 Fällen von Schwangeren nur 2 glatt und 9 in der oben geschilderten Weise, während von 90 anderen in der gleichen Zeit an Gelenkrheumatismus behandelten Frauen 83 nach kurzer Zeit ohne Residuen genasen und nur in 7 Fällen Complicationen beobachtet wurden. Diese Statistik beweist wohl mit Deutlichkeit die hohe Bedeutung der Schwangerschaft und des Wochenbettes für den Verlauf der Polyarthritis acuta.

---



# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

440. ***Die Gefahren der Magenausspülung.*** *Von Dr.* ***Fenwick.*** *(Therap. Blätter. 1893. März.)*

Wenngleich die Magenausspülung bei rationeller Ausführung unschätzbare Vortheile bietet, sind doch Gefahren nicht allenthalben zu vermeiden. Die Gefahren sind folgende: 1. Die Operation hat bisweilen nervöse Symptome beunruhigender Art zur Folge. Bei hysterischen Individuen kann die Einführung des Rohres von Krampfanfällen begleitet werden. Die interessantesten Nervensymptome sind diejenigen, die dem Tetanus gleichen. Was das klinische Bild betrifft, so kann man drei besondere Formen unterscheiden, einfache Rigidität der Muskeln der Extremitäten, tetanische Krämpfe oder eigentliche epileptische Anfälle. Diese drei Varietäten können für sich oder combinirt vorkommen; je combinirter, desto grösser die Lebensgefahr. Der letale Ausgang tritt ein in Folge von Coma oder Lähmung des Respirationscentrums; er kann erfolgen innerhalb einiger Stunden nach den Initialsymptomen oder nach Ablauf einiger Tage. 2. Kommt es nicht häufig vor, besonders aber, wenn die Operation zum ersten Male geschieht, dass der Kranke von einem Anfall von Schwindel oder Ohnmacht ergriffen und das Rohr demzufolge zurückgezogen wird. Solche Symptome sind selten von Belang und entweder die Folge nervöser Aufregung oder von Furcht. Indess wird man auch in den späteren Stadien der Operation ähnliche Erscheinungen sich entwickeln sehen als Folge einer plötzlichen Veränderung des Intraabdominaldruckes. So citirt Verf. einen Fall bei einem 35jährigen Kranken, der an den Symptomen eines organischen Magenleidens erkrankt, bereits an Muskelkraft und Fleisch abgenommen, täglich eine Magenausspülung erhielt. Einige Wochen nach Anbeginn wurde wiederum das Rohr eingeführt und ungefähr 18 Unzen saurer Flüssigkeit rasch entleert, als der Kranke todt zurückfiel. Man fand Carcinom des Magens und fettige Entartung des Herzmuskels. 3. Man betrachtet allgemein das Magengeschwür als Contraindication der Magenausspülung. Aber Fälle von latentem Verlauf des Magengeschwüres sind keineswegs selten, und in solchen Fällen sind die Magenausspülungen mit grossen Gefahren verknüpft. So berichtet Verf. von einem Fall, in dem eine 25jährige Frau verschiedene Monate die Anzeichen atonischer Dyspepsie bot und der Magenausspülung unterzogen wurde. Es wurde nur wenig Flüssigkeit verwendet und der Magen war nicht ungebührlich ausgedehnt. Gegen Ende der Manipulation folgte heftiges Erbrechen und Zunahme des epigastrischen Schmerzes. Acute Peritonitis trat ein, das Geschwür hatte sich in die Peritonealhöhle entleert. Schon die Einführung des Rohres kann in solchen Fällen in Folge des Reizes, der zum Erbrechen führt, gefährlich werden. In Folge der Aspiration des Magens durch die Magenpumpe erfolgt manchmal Hämorrhagie, wenn auch heftigere Blutungen nicht wohl vorkommen. 5. Der Gebrauch der Magenpumpe und Bougies hat leicht Verletzungen der Schleimhaut des Oesophagus und Magens



zur Folge. Wenn der Versuch, eine biegsame Röhre einzulegen, misslingt, so ist es gerathen, von Weiterem abzusehen. 6. Grosse Vorsicht ist geboten bezüglich der Auswahl antiseptischer Flüssigkeiten bei der Magenauswaschung. So endeten zwei Fälle, in denen bei Anwendung der Borsäure schwere Symptome folgten, letal; warmes Wasser allein oder mit Zusatz einer kleinen Quantität doppeltkohlensauren Natrons genügt. Dr. *Hertzka,* Carlsbad.

441. ***Experimentelle Untersuchungen über die Anwendung des Natrium salicylicum per rectum bei Gelenkrheumatismus.*** *Von Dr. Erlanger, Gailingen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1893. März.)*

Bei der Behandlung des Gelenkrheumatismus stösst man nur zu oft, wenn man das fast ausschliesslich zur Anwendung kommende, specifisch wirkende Natrium salicylicum in gewöhnlicher Weise per os verabreichen will, auf Schwierigkeiten. Manche Personen ertragen anfangs zwar das genannte Mittel ganz gut, bekommen aber später bei länger andauerndem Gebrauche ausgesprochene Magenerscheinungen, Appetitverlust, Uebelkeit, Erbrechen; andere Kranke, besonders schwächliche, anämische Individuen reagiren auf die Darreichung des Medicamentes von vornherein mit solchen Symptomen. Es war daher von praktischer Bedeutung, an einem grösseren Krankenmaterial durch Versuche die Frage zu beantworten, ob es möglich ist, das Natrium salicyl. in Klystierform mit Erfolg zu geben, und in welcher Weise es am vortheilhaftesten verabreicht werde. Verf. hat sich der Lösung dieser Aufgabe unterzogen und kam zu dem Ergebniss, dass sich die Einführung des Natrium salicylicum per rectum in einschlägigen Fällen sehr wohl empfiehlt. Die Clysmen werden nach Verf.'s Erfahrungen beim Erwachsenen am vortheilhaftesten in folgender Weise gegeben: Zunächst muss der Mastdarm, wenn nicht spontan kurze Zeit vorher Stuhlgang erfolgt ist, durch ein Eröffnungsklystier, am besten durch einen Wassereinlauf von Kothmassen frei gemacht werden. Ist Stuhlentleerung eingetreten, so wird nach einiger Zeit das Arzneiklystier verabreicht. Die Zusammensetzung ist am besten folgende:

*Natr. salicyl.* 6·0—8·0,
*Tinct. opii* 1·5,
*Aq. dest.* 100.

Das Clysma wird lauwarm in's Rectum eingeführt, am einfachsten mit Hilfe einer gewöhnlichen Klystierspritze, mit einer Schlundsonde aus weichem Gummi als Ansatz. Die Sonde wird ungefähr 20 Cm. weit in die Darmhöhle hinaufgeführt. Um nichts vom Einlauf zu verlieren, wird mit der mit Luft gefüllten Spritze vor dem Herausziehen des Gummirohres noch ein Druck auf die in ihm stehende Flüssigkeitssäule ausgeübt. Dr. *Hertzka,* Carlsbad.

442. ***Tribromphenolwismuth und Betanaphtholwismuth gegen die Cholera.*** *Von Prof. Dr. Hueppe. (Pharm. Post. 1893. 18.)*

Auf Grund seiner bei der letzten Choleraepidemie in Hamburg gemachten Versuche empfiehlt Verf. das Tribromphenolwismuth als Mittel gegen die Cholera. Das Tribromphenol, welches die Cholerabacillen tödtet, hat mannigfache Nachtheile und ist nicht



so verlässlich, wie die Wismuthverbindung. Tribromphenolwismuth ist ein gelbes, neutrales, unlösliches Pulver, das geruch- und geschmacklos, fast ungiftig, indifferent gegen Schleimhäute und Verdauungsorgane ist und neben 50% Tribromphenol 49·5% Wismuthoxyd enthält. Die Dosis ist für Erwachsene 5—7 Grm. in Einzelngaben von 0·5 Grm. Das Tribromphenolwismuth hat nach Verf. die grössten antiparasitären Eigenschaften gezeigt, bindet wahrscheinlich das Choleragift an Wismuth und führt es in eine ungiftige, unresorbirbare Form über, überzieht die entblösste Darmschleimhaut mit einer schützenden Decke, hemmt die Entwicklung der im Darm befindlichen Cholerabacillen und tödtet dieselben. Verf. hat für die Wirksamkeit gegen Kommabacillen folgende Scala der angewendeten Phenolverbindungen aufgestellt: Tribromphenolwismuth, Naphtholwismuth, α- und β-Naphtholsalol und Naphthol, Kresalole, Salol, Sozojodol. Betanaphtholwismuth enthält 80% Wismuthoxyd und wird auch von *Nencki* („Wratsch." 1893. Nr. 1) und von *Schubenko* und *Blachstein* („Wratsch." 1892. 51) für cholerische und andere Durchfälle wärmstens empfohlen. Dosis 1 bis 2 Grm. pro die. Es bildet ein neutrales, geruchloses, nicht ätzendes Pulver von brauner Farbe, das in Wasser unlöslich ist und im Darm in seine Componenten zerlegt wird. Das Betanaphthol wird resorbirt und mit dem Harne ausgeschieden, das Wismuth mit dem Stuhle entleert *O. R.*

443. ***Haben die Carlsbader Wässer ekkoprotische Wirkung?*** *Von Dr.* ***Pollatschek****, Carlsbad. Vortrag am XII. Congress für innere Medicin. (Münchener med. Wochenschr. 1892. 19.)*

Die verbreitete Ansicht, dass der Schwerpunkt für die therapeutische Verwendung der Carlsbader Wässer in der abführenden Wirkung ihres Glaubersalzes liege, ist insoferne irrig, als auch den übrigen Eigenschaften derselben: ihrem Einflusse auf die verschiedensten Secretionsorgane, ihrer den Chemismus der Säfte verändernden Wirkung, ihrer Einwirkung auf die Oxydationsvorgänge im menschlichen Körper, die gleiche Bedeutung zukommt. Eine solvirende Wirkung braucht nur in einem geringen Theile der zur Behandlung gelangenden Fälle (nach den Protokollen des Vortr. in 176 von 1000) tendirt zu werden. Die Wirkung der Carlsbader Wässer ist eine doppelte: eine chemische und eine physikalische; beide haben auf die Peristaltik Einfluss, sind aber nicht congruent. Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, dass die Endorgane der die Peristaltik regulirenden Darmnerven durch die reizende Wirkung der Salze und der höheren Temperatur getroffen werden. Je nach dem Wärmegrade der einzelnen Quellen geschieht dies bald langsamer, bald rascher. Die Darmnerven haben auf die Peristaltik theils beschleunigende, theils retardirende Wirkung; in der verschiedenen Art der Reizung ist die Ursache zu suchen, warum durch die Carlsbader Cur die Darmthätigkeit auch schon unter normalen Verhältnissen verschieden sich gestaltet. Die Quantität des getrunkenen Mineralwassers, dessen Dosirung und Temperatur bilden den breiten Spielraum, innerhalb dessen bald kein merklicher Einfluss, bald eine fördernde, bald eine retardirende Einwirkung auf die Darmthätigkeit ausgeübt wird. Kleine Mengen lauwarmen oder gekühlten Mineralwassers haben auf die Darm-



entleerung keinen merklichen Einfluss; kleine Mengen heisser Quellen (auch bei rectaler Anwendung) hemmen die Darmausscheidung; mittelgrosse Dosen kühlen Wassers zeigen abführende Eigenschaften, nur darf die Cur nicht brüsker Weise eingesetzt werden. Will man die abführende Wirkung erhöhen, so thut man dies am passendsten durch Beigabe des Carlsbader Salzes. Die individuelle Veranlagung für Abführmittel, zumal für salinische, soll nach Möglichkeit anamnestisch erhoben und berücksichtigt werden. Einen wichtigen Factor für die Wirkung eines jeden Abführmittels bildet die inzwischen eingehaltene Diät. Die besten und nachhaltigsten Erfolge erzielt ein die Grundursachen der Darmträgheit berücksichtigendes Curverfahren, wenn Reparation überhaupt möglich ist.

444. ***Die Behandlung der Pneumonie mit grossen Dosen Digitalis.*** *Von Stabsarzt Dr. **Aug. Fikl,** Wien. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 8 u. 9. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 36.)*

Verf. hat seit 27 Monaten im Ganzen 108 Fälle von Pneumonie mit grossen Digitalisdosen behandelt, hiervon genasen (diensttauglich) 99, zur Erholung beurlaubt 13, nach der Genesung transferirt 1, gestorben 1. Ausserdem starben während dieses Zeitraumes 2 an catarrhalischer Pneumonie Erkrankte, von denen der eine niemals, der andere nur einen halben Tag lang Digitalis genommen hatte (tuberculöser Herd in der Lungenspitze). Ferner starb ein Mann an Pyämie, der mit den Symptomen einer lobulären Pneumonie in das Spital gekommen war. Endlich verlief auf einer anderen Krankenabtheilung eine mit Digitalis behandelte Pneumonie, als Complication einer hochgradigen Tuberculose der serösen Säcke, letal. Demnach ergibt sich bei 108 Pneumonien (74 lobäre croupöse und 34 lobuläre catarrhalische) eine Sterblichkeit von 0·91%. Vergleicht man hiermit die Mortalität bei in derselben Altersstufe (20—30 Jahren) befindlichen Männern in anderen grossen Spitälern, so betrug sie im Allgemeinen Krankenhaus in Wien ungefähr 16%, im Wiedener Krankenhaus 14·16%. Die Digitalis liess Verf. in Tagesdosen von 3·0 Grm. (3·6 : 200·0 Infus.) so lange nehmen, bis Entfieberung eintrat oder bis leichte Intoxicationserscheinungen (Erbrechen, unregelmässiger, aussetzender oder auffallend schwacher Puls, Collaps) sich bemerkbar machten. Dabei liess er möglichst viel Alcoholica nehmen. Die Entfieberung bei der Digitalistherapie erfolgte am 3 Tage 5mal, am 4. 4mal, am 5. 10mal, am 6. 6mal, am 7. 8mal, am 8. 2mal, am 9. 6mal, am 10. 4mal, am 11. 1mal, am 14. 2mal. Der Puls verminderte sich: 10—15 Schläge am 2. Tage 22mal, um dann beim Eintritt der Krisis rasch auf 60, 50, 40 zu fallen. Nach Eintritt der Apyrexie erhielt sich der langsame Puls (40—50) durch 5—6 Tage in 4 Fällen, durch 8—10 Tage gleichfalls in 4 Fällen. Die Respirationsfrequenz gehorchte keiner Regel: in 9 Fällen verringerte sie sich in den ersten Tagen, hob sich jedoch gegen die Krise hin auf 40—45 und blieb auch nachher mehrere Tage lang auf dieser Höhe. Die Erholung ging im Allgemeinen rasch vor sich. Auffallende Körperschwäche an und nach den kritischen Tagen wurde 6mal beobachtet, verlor sich jedoch nach 4—6 Tagen wieder. Erbrechen wurde in 14 Fällen notirt und gab Veranlassung, die



Digitalis auf 1—1½ Tage auszusetzen. Nach Ablauf dieser kleinen Pause wurde das Medicament bis zur Krise — meist ohne weitere Störung — weitergegeben. Verf. hält die Erfolge der Digitalisbehandlung für so ausschlaggebend, dass er dieselben auch weiterhin üben wird.

445. ***Schwere Nebenerscheinungen nach Gebrauch von Agathin.*** *Von Dr. L. Badt. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 5.)*

Anknüpfend an die Mittheilung von Stabsarzt *Ilberg* aus der II. medicinischen Klinik zu Berlin über lästige Nebenerscheinungen nach Anwendung von Agathin berichtet Verf. folgenden weiteren Fall. Frau T., welche an Ischias leidet, bekam Agathin 2mal täglich 0·5 Grm. Bereits am zweiten Tage trat nach Gebrauch des Mittels Kopfschmerz und Schwindelgefühl ein. Als sie am dritten Tage Abends wieder ½ Grm. nahm, musste sie erbrechen und brach bewusstlos zusammen. Da Patientin niemals solche Erscheinungen darbot, so ist nur dem Gebrauch des Agathin die Schuld beizumessen. Gewirkt hat das sehr theure Mittel nicht, auch nicht in einem Fall von chronischem Muskelrheumatismus. Verf. schliesst sich auch der Ansicht an, dass es seiner gefährlichen Nebenwirkung wegen zu verwerfen ist.

446. ***Weitere Erfolge mit Heidelbeerkraut gegen Diabetes mellitus.*** *Von Rud. Weil, Berlin. (Blätter f. klin. Hydrotherapie. 1892. Nov. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 16.)*

Nachdem Verf. gefunden, dass Abkochungen von Heidelbeerblättern (Schwarzbeeren, Myrtillus) sowohl die Harnmenge als den Zuckergehalt bei Diabetes bedeutend herabsetzt, veröffentlicht er in diesem zweiten Artikel seine weiteren Untersuchungen. Er fand zunächst, dass die Blätter umso wirksamer, je jünger sie sind. Um eine genauere und bequemere Verabfolgung zu ermöglichen, liess er ein Extract bereiten, das als Pillulae Myrtilli Jasper in den Handel gekommen ist. Jede Pille entspricht 1 Grm. getrockneter Blätter. Er verabfolgt dieselben folgendermassen:

3 Tage 3mal täglich je 1 Pille
3 „ 3 „ „ „ 2 Pillen
3 „ 3 „ „ „ 3 „
3 „ 3 „ „ „ 4 „

Danach lässt er 3mal täglich zu 5 Pillen längere Zeit fortnehmen. In hartnäckigen Fällen können bis 24 Pillen täglich ohne Schaden genommen werden. Diät mit möglichstem Ausschluss der Kohlehydrate. Brot 100—150 Grm. täglich. Zum Versüssen nur Saccharin gestattet. Bei zu grossem Widerwillen lässt er auch für kurze Zeit die Zügel schiessen. Die Erfolge sind nach den mitgetheilten Proben in der That überraschend.

447. ***Ueber eine neue Behandlungsweise der Epilepsie.*** *Von Prof. Dr. Paul Flechsig. (Neurolog. Centralbl. 1893. 7. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 16.)*

Die Methode besteht in einer Verbindung der längst in der Psychiatrie geübten consequenten Opiumbehandlung mit der Bromtherapie, dergestalt, dass zunächst ausschliesslich das Opium, später ausschliesslich das Brom in Anwendung kommt. Bei der Opium behandlung wird mit kleinen Dosen Pulv., beziehungsweise Extract-opii (2—3mal 0·05 pro die) begonnen und allmälig gestiegen bis auf



1·0 pro die, ja noch höher in Dosen von 0·25—0·35. Nach circa 6 Wochen wird das Opium plötzlich entzogen und dafür Brom sofort in grossen Dosen (ca. 7·5 pro die) eingesetzt. Nachdem diese grossen Bromdosen längere Zeit (ca. 2 Monate) gebraucht worden sind, wird allmälig herabgegangen bis auf 2 Grm. pro die (die völlige Entziehung hat Verf. vorläufig noch unterlassen). Die plötzliche Entziehung des Opium unter Einsetzung des Brom scheint das Wesentlichste zu sein. Das Ausfallen der Krampfanfälle tritt in der Regel erst mit dem Einsetzen des Brom ein; während der Opiumbehandlung (besonders wie es scheint, wenn Brom schon vorher gegeben wurde) wurde zwar ab und zu auch schon ein plötzliches Sistiren der Anfälle beobachtet. in manchen Fällen trat aber diese Wirkung gar nicht hervor, beziehungsweise wurde die Häufigkeit nur wenig vermindert. Das Opium scheint also nur präparatorisch zu wirken, eventuell die Bromwirkung zu erleichtern, beziehungsweise intensiver zu machen. Die Beobachtungen der Wirkung dieser Behandlungsmethode sind bisher nicht zahlreich, doch befinden sich darunter besonders 2 Fälle, welche Jahrzehnte lang trotz aller therapeutischen Versuche regelmässig zahlreiche Anfälle dargeboten hatten, während diese bei der neuen Behandlung plötzlich wie mit einem Schlage und bisher dauernd beseitigt wurden. In anderen Fällen, wo die Opiumbehandlung nur eine kurze Zeit angewandt wurde, wurden deutliche, aber nur vorübergehende Erfolge erzielt. Ohne jeden Einfluss blieb die Behandlung in keinem Fall.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

448. ***Ein Beitrag zur Methode der Hauttransplantation nach Thiersch.*** *Von Regimentsarzt Dr. **Trnka**. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 18.)*

Die schönen Erfolge der Methode der Hauttransplantation nach *Thiersch* werden häufig genug dadurch geschmälert, dass in Folge der Art des Verbandes der mit den überpflanzten Hautpartien bedeckten Wundfläche dieselben wieder mit entfernt oder vom Wundsecrete weggeschwemmt werden. Verf. bemühte sich, durch alle erdenklichen Modificationen der bisher diesfällig angewendeten Verbände mit Silk protective, Goldschlägerhäutchen, Guttaperchapapier etc. diesem Uebelstande abzuhelfen, — doch vergebens. Endlich bemerkte er, dass bei länger dauernden Operationen dieser Art auf grösseren Wundflächen die zuerst überpflanzten Stücke sehr fest hafteten, wenn die Wunde und sie selbst lufttrocken geworden und mit einem feinen Gerinnungshäutchen überdeckt waren. Er liess nun die Wunde im möglichst aseptischen Operationsraume nach der Operation 1—2—3 Stunden vollkommen frei und unbedeckt trocknen oder mit einem Ballongebläse oder Fächer anblasen. In der That verlor er nun keines der Hautstückchen mehr; dieselben hafteten unverschiebbar fest, auch wenn die Secretion der Wundfläche eine stärkere war, und bildeten später schöne und mächtige, rasch sich ausdehnende Epithelinseln. Hierbei beobachtete er ausserdem selbst bei den feinsten Schnitten



nach fester Anheilung eine Abstossung der oberflächlichsten Schichte und des äussersten Randes. Waren die überpflanzten Hautpartien gut angetrocknet, dann bekamen sie ein glasiges, diaphanes Aussehen. Um nun auch die Secretion der Wundfläche möglichst einzuschränken und das Wegschwemmen und Maceriren der übertragenen Hautpartien hintanzuhalten, griff Verf. zum Trockenverbande mit Europhen, welches sich demselben als ganz vorzüglich secretionbeschränkendes und epithelbildungsbeförderndes Verbandpulver ausserordentlich bewährt hat. Dadurch, dass sich das harzige, äusserst feine und leichte Europhenpulver innig mit der von den übertragenen Hautpartien nicht bedeckten Wundfläche verbindet, bildet es einen festen Wall und eine schützende, conservirende Decke an dem überpflanzten Gewebe, welches es sonst chemisch nicht beeinflusst oder in seinen Lebensthätigkeiten hindert. Ueber das Europhen, das mit einem Pinsel aufgestaubt oder besser mittelst Glasrohres und Drainrohr aufgeblasen wird, bis es im Niveau der Hautstückchen lagert und diese leicht durchscheinen lässt, kommt nun ein mit weisser Vaseline dünn bestrichenes Guttaperchapapier feinster Gattung. Dieses wird um 2 Cm. breiter genommen, wie die Wunde und, nachdem zwischen dasselbe und die Wundfläche nach Art der Spickdrainage noch einige Dochte eingelegt worden sind, mit Chloroform an die Haut der Umgebung unverschiebbar befestigt. Darüber folgt eine Platte von weichem Holzfilze, dann fette Watte, endlich eine Organtinbinde, worauf der ganze Verband mit einer gestärkten, nassen Organtinbinde unverrückbar fixirt wird. Die Verbände bleiben nicht zu lange liegen (höchstens zwei Tage) und wird das Trockenverfahren bei jedem Verbandwechsel neuerlich exact durchgeführt. Die geschilderte Combination von Exsiccation der bepflanzten Wunde und dem Europhenverbande hat sich dem Verf. in vielen Fällen behufs Fixirung der transplantirten Haut ausserordentlich bewährt, sie ist an allen Körperstellen gut und erfolgreich durchführbar und wird von ihm den Fachcollegen auf das Wärmste empfohlen. *O. R.*

449. ***Ueber Hyperemesis gravidarum.*** *Von Dr.* ***Eduard Frank****, Primararzt der Landesgebäranstalt in Olmütz. (Prager med. Wochenschr. 1893. 2 u. 3. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 20.)*

Verf. kommt zu folgenden Sätzen: 1. Als Hyperemesis gravidarum bezeichnen wir ein in der Schwangerschaft auftretendes Erbrechen, welches so häufig erfolgt, dass die Ernährung der Pat. leidet. Das Erbrechen ist die Folge der Schwangerschaft. Es sind also krankhafte Processe, welche Erbrechen ausserhalb der Schwangerschaft hervorrufen, aus diesem Krankheitsbilde auszuscheiden. 2. Aetiologisch ist sie durch eine stärkere Erregbarkeit der Nerven oder als Theilerscheinung einer früher bestandenen oder mit der Gravidität sich entwickelnden Hysterie aufzufassen. Die Alteration des Nervensystems kann bedingt sein durch die Gravidität allein oder durch eine pathologische Veränderung im Organismus, namentlich des Genitale. 3. Der Verlauf der Krankheit ist bedingt durch die in Folge der mangelhaften Ernährung auftretenden Inanitionserscheinungen. 4. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, wenn die Patientinnen rechtzeitig zur Behandlung



kommen. 5. Die Therapie wird nach erfolgter Untersuchung sich darnach richten, ob wir es mit einer Hysterica zu thun haben, bei welcher objectiv nichts Krankhaftes im Organismus nachweisbar ist, oder ob es uns gelingt, ein Leiden nachzuweisen, welches eine veränderte Nerventhätigkeit zur Folge hat. Im ersteren Falle werden wir den Arzneischatz der Nervina und Antihysterica mit Erfolg anwenden; für die zweite Reihe wird es angezeigt sein, das Grundleiden, namentlich ein bestehendes Genitalleiden, local zu behandeln. Als unterstützend — für die meisten Fälle ausreichend — ist eine blande Diät, welche wir in der Form einer reinen Milchdiät bei absoluter Rückenlage verordnen. Für die schwersten, d. h. in dem letzten Stadium der Erkrankung zur Behandlung kommenden Patientinnen, wird die Einleitung des künstlichen Abortus nicht zu vermeiden sein. Für einen schlechten Ausgang ist nicht das Wesen des Leidens verantwortlich zu machen.

450. ***Demonstration eines geheilten Falles von beiderseitiger Luxation der Halswirbelsäule nach vorne.*** *Von Dr.* ***Winter.*** *Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien. (Prager med. Wochenschr. 1893. 9.)*

Verf. hat bei dem bereits vor 14 Tagen demonstrirten — damals noch kranken — Knaben in der Narcose die Reposition mit glücklichem Erfolge ausgeführt, und zwar in horizontaler Lage, wobei der Schultergürtel den Tischrand überragte. Nach circa 30 Secunden währender kräftiger, aber vorsichtiger Traction gab die Halswirbelsäule unter einem knackenden Geräusch nach, wobei die kleine Stufe am vierten Halswirbel einer leichten Abflachung Platz machte. Der Knabe trug noch durch 14 Tage einen Verband, Lähmungen stellten sich nicht ein: ganz freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule.

451. ***Zur Casuistik der arthrogenen Kieferklemme.*** *Von Prof.* ***E. v. Bergmann.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLV. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 10.)*

Bei einem in Gesichtslage unter energischer Mithilfe der Zange geborenen Mädchen war gleich nach der Geburt ein Zurückstehen des Kinnes, sowie Schwierigkeit im Saugen beobachtet worden. Vom dritten Lebensjahre an liessen sich die Zahnreihen nicht mehr von einander bringen. Verf. fand bei dem jetzt 20jähr. Mädchen eine vollkommene Ankylose beider Kiefergelenke mit einer erheblichen Atrophie des Unterkiefers, so dass das Kinn in eine von den Zähnen zum Kehlkopf gezogene Linie fiel. Er machte zuerst auf der rechten und dann auf der linken Seite die Resection der Proc. condyloideus und coronoideus. Rechts bot dieselbe keine besonderen Schwierigkeiten, links dagegen war die Arbeit sehr erschwert, da hier der Jochbogen fehlte und der ganze Raum zwischen dessen Stelle, dem Unterkiefer und der äusseren Fläche des Keilbeinflügels, sowie der Schläfenbeinschuppe aus einer einzigen dichten Knochenmasse (Callus) bestand, die mit dem Meissel Stück für Stück abgetragen werden musste. Der Mund liess sich nach der Resection gut öffnen, ein ursprünglich geplantes Vorziehen des Unterkiefers gelang nicht. Ein solches wurde erst, allerdings auch nur in geringem Grade, durch eine unter zahn-



ärztlicher Hilfe eingeleitete Nachbehandlung erzielt. Verf. gibt den Rath, in besonders schweren Fällen von Kieferklemme immer beide Unterkieferfortsätze zu reseciren.

452. ***Ueber einen Fall von Tuberculose der Placenta.*** *Von Dr. F. Lehmann. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 9. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 15.)*

Die Frage, ob die Tuberculose vorzugsweise durch das Einathmen der Tuberkelbacillen acquirirt wird, in Folge dessen die Kinder Tuberculöser besonders gefährdet sind, oder ob der Keim der Krankheit bereits auf den Fötus von der Mutter her übergeht, ist noch bis jetzt trotz eifrigster Beobachtung und zahlreicher Experimente nicht entschieden. Zwar ist der Uebergang von Tuberkelbacillen aus der Mutter auf den Fötus durch die Untersuchungen von *Schmorl* und *Birch-Hirschfeld* sicher bewiesen, indem diese Autoren in der Placenta, zwischen den Zottenepithelien, im Lumen durchschnittener Choriongefässe, sowie im Lumen capillärer Gefässe der fötalen Leber Tuberkelbacillen nachgewiesen haben, doch blieb immer noch die Frage unentschieden, wie findet dieser eventuelle Uebergang statt, können sich die Tuberkelbacillen in der Placenta festsetzen, dort specifische Veränderungen herbeiführen, in Folge derer eine Invasion der Bacillen in die fötalen Blutbahnen (analog dem Durchbruche tuberculöser Herde in das Lumen benachbarter Gefässe) stattfinden könne. Verf. ist es nun zum ersten Mal gelungen, thatsächlich anatomische Veränderungen in der Placenta einer an Miliartuberculose verstorbenen Frau nachzuweisen. Die Placenta zeigte im Grossen und Ganzen ein normales Aussehen, doch bei genauerer Betrachtung bemerkte man auf der uterinen Fläche und tiefer im Gewebe vereinzelte, grau durchscheinende Knötchen von Hirsekorngrösse, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als typische Tuberkel erwiesen, auch fand Verf. in diesen Herden Tuberkelbacillen; schwierig war zu entscheiden, ob die Herde dem fötalen oder dem mütterlichen Antheil der Placenta zugehören. Verf. fand, dass sie inmitten der Chorionzottenschicht sassen, jedenfalls bereits in den Bereich des kindlichen Organismus übergreifend. In der Leber und in den Lungen des Fötus fand Verf. an vielen Stellen herdförmige Anhäufungen von Rundzellen, die sich jedoch nicht als typische Tuberkel erwiesen, auch waren hier keine Bacillen zu finden. Jedenfalls ist durch diesen Fall erwiesen, dass bei miliarer Tuberculose der Mutter, auch bei Nichtbetheiligung von Darm und Peritoneum, eine tuberculöse Erkrankung der Placenta in allen ihren Theilen vorkommt, so dass damit auch eine plausible Erklärung für den Uebergang der Tuberkelbacillen von der Mutter auf den Fötus gegeben ist.

453. ***Zur Narcotisirungsstatistik.*** *Von Prof. Dr. Gurlt. Bericht auf dem 22. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin. (Deutsche Med.-Ztg. 1893, pag. 364.)*

Die durch Sammelforschung in Erfahrung gebrachte Gesammtsumme der Narcosen in dem Berichtsjahre betrug 57.541, von denen 11.464 mit Stickoxydul seitens der Zahnärzte ausgeführte Narcosen in Abzug zu bringen sind, so dass 46.077 chirurgische Narcosen mit 12 Todesfällen verbleiben. Rechnet man die in den



beiden ersten Jahren der Sammelperiode mitgetheilten Fälle hinzu, so umfasst die Statistik 157.815 Narcosen mit 53 Todesfällen, d. i. 1 Todesfall auf 2977 Narcosen. Auf die einzelnen Anästhetica vertheilt sich die Mortalität in folgender Weise: Unter 130.609 Chloroformnarcosen finden sich 46 Todesfälle, das entspricht einem Todesfall auf 2839 Narcosen; unter 14.506 Aethernarcosen findet sich kein Todesfall. Die gemischte Chloroformäthernarcose ergibt einen Todesfall auf 4118. Die Narcose mit der *Billroth*'schen Mischung (Chloroformätheralkohol) umfasste 3450 Fälle ohne Todesfall; die Bromäthylnarcose 4538 mit 1 Todesfall. Die 597 Narcosen mit Pental ergaben 3 Todesfälle, d. i. 1 : 199. Schwere Asphyxien sind wiederholt vorgekommen; 41mal wurde erfolgreich die Tracheotomie gemacht. Das Chloroform im unvermischten Zustande allein ist in Deutschland und den Nachbarländern mehr als 3mal häufiger als andere Narcotica angewendet worden. Das *Pictet*'sche Chloroform, welches in 708 Fällen zur Anwendung kam, ist keineswegs als ungefährlich zu bezeichnen, indem es, abgesehen von einem im vorigen Jahre constatirten Todesfall, bei 666 Narcosen 3 Todesfälle veranlasst hat.

454. ***Der Fimbrienstrom und die Ueberwanderung des Eies vom Ovarium zur Tuba.*** *Von K. Heil. (Arch. f. Hyg. Bd. XLIII, Heft 3, pag. 503.)*

Von den Hypothesen, die den Uebertritt des Eies aus dem Ovarium in die Tuba erklären, wären in erster Linie zwei zu erwähnen. Nach der *Becker*'schen Annahme führt der Wimperstrom der Cilien der Tubenfimbrien das ausgetretene Ovum in die Tuba. nach der älteren Annahme dagegen erigirt sich das Abdominalende der Tuba und umfassen die Fimbrien derselben das Ovarium, so dass das ausgetretene Ovum sofort in die Tuba gelangt. Vor einigen Jahren stellte *Kehrer* mit frisch ausgeschnittenen Kiemenstücken von Anodonta, welche die längsten Flimmercilien tragen, die man kennt, mehrfache Versuche an, ob die Cilien fremde Körper in den durch ihre Bewegungen hervorgerufenen Strom hineinziehen, und ob sie dieselben weiterbewegen können. Diese Versuche ergaben ein negatives Ereigniss. In modificirter Weise nahm diese Versuche neuerdings Verf. auf der Heidelberger Klinik an Kaninchen vor. Er machte Experimente verschiedener Art. Bei einigen Kaninchen spritzte er nach vorausgegangener Laparotomie eine 0·6%ige Kochsalzlösung, die mit Tusch angemacht war, in die Bauchhöhle, verschloss letztere und tödtete dann das Thier nach 3 Stunden. Die Farbpartikeln fanden sich bei der Section ausser an anderen Stellen auch in den Tuben. Bei anderen Thieren eröffnete er die Bauchhöhle, brachte das Fransenende einer Tuba auf den heizbaren Objectisch und legte Farbpartikeln, sowie Kaninchen- oder Schweinsovula entweder nahe dem freien Rande der Fimbrien hin oder gar auf dieselben. Kleine Farbpartikeln wurden wohl nicht von den Fimbrien in den von ihnen erzeugten Strom hineingetrieben, doch wurden sie, wenn sie auf der Mucosa lagen, zuweilen weiter fortgeführt, Ovula dagegen vermochten die Fimbriencilien nicht weiterzutreiben, sie blieben ruhig liegen trotz der Bewegungen der Flimmerhaare. Experimentell ist daher die Hypothese, dass die Flimmerhaare das Ovum in die Tuba hinein-



leiten, nicht erwiesen. Vielleicht sprechen diese ergebnisslosen Experimente für die Richtigkeit der alten Hypothese oder für die Richtigkeit jener, die *Leuckart* aufstellte. Letzterer meint nämlich, dass das Ovulum aus dem Ovarium in die Tuba ejaculirt werde.
*Kleinwächter.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

455. ***Ueber das Zurückbleiben des Löffler'schen Bacillus im Pharynx nach Heilung von Diphtherie.*** *Von* ***Fr. Tobiesen,*** *Kopenhagen. (Nordiskt. med. Ark. 1892. Bd. XXIV. 30.)*

Das von *Roux* und *Yersin* behauptete Zurückbleiben des *Löffler*'schen Bacillus nach Verschwinden der Diphtheritismembranen ist ein Factum. Nach Verf. hatten unter 46 Diphtheritiskranken bei ihrer Entlassung aus dem Hospitale noch 24 den Bacillus im Halse, und namentlich schien jener bei Personen, deren Nasenhöhlen mit afficirt waren, lange auszuharren. Impfungsversuche bei Kaninchen, von 19 jener 24 Personen unternommen, gaben stets positives Resultat. Wenn auch nur von einer jener Personen constatirt werden konnte, dass sie bei ihrer Rückkehr in ihre Wohnung der Ausgangspunkt für andere Ansteckungen war, so ist dies doch ohne Zweifel ausreichend, um zu prophylactischen Untersuchungen und Massregeln bezüglich der Entlassung der Diphtheritiskranken aufzufordern. *Th. Husemann.*

456. ***Ueber Creosot bei tuberculöser Iritis.*** *Von Dr.* ***Quint.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. März. — Allg. med. Central-Zeitung. 1893. 36.)*

Die Tuberculose soll nach neueren Autoren unter den Erkrankungen der Regenbogenhaut eine wichtigere Rolle spielen, als man bisher annahm. Verf. theilt zwei hierhergehörige Fälle mit. In dem einen handelte es sich um eine beiderseitige Iritis, die mit Bildung hinterer Synechien einherging und mit zahlreichen rundlichen Niederschlägen auf der hinteren Hornhautfläche, zu denen vom Hornhautrande her Gefässe verliefen. Die Erkrankung zog sich unter der üblichen Behandlung (Quecksilber, Jod, Natr. salicyl.) etwa $^3/_4$ Jahr hin, ohne dass eine merkliche Abnahme der Krankheitserscheinungen zu constatiren war. Schliesslich wurde an einem Auge eine Iridectomie vorgenommen. Wenige Tage nachher konnte man im Gewebe der Iris einige Knötchen entdecken, die bald wieder verschwanden. Der Verdacht der Tuberculose bestätigte sich, als circa 3 Wochen später das Auge eines Kaninchens, welchem das excidirte Irisstück in die Vorderkammer eingebracht worden war, an typischer Tuberculose erkrankte. Unter Creosotbehandlung trat schnell eine wesentliche Besserung und schliesslich Heilung ein. Der zweite Fall bot ein ähnliches Bild, doch konnte hier der Nachweis der Tuberculose nicht geführt werden. Auch hier führte, nachdem jede andere Therapie erfolglos gewesen, Creosot zur Heilung.

457. ***Grünsehen auf einem Auge.*** *Von Prof.* ***J. Hirschberg.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. 4.)*

Grünsehen auf einem Auge kommt bei Netzhautablösung vor. Verf. untersuchte vor Kurzem einen 33jähr. Patienten mit stark



ausgeprägtem, syphilitischen Ausschlag (Rupia, markgrosse Herde auf der Stirn u. s. w.), der seit 5 Wochen in Behandlung und seit wenigen Tagen über Grünsehen vor dem rechten Auge klagte; das helle Stubenfenster sehe aus, wie wenn es aus mattgrünem Glase wäre. Als Verf. von einem der Herren, welche die Untersuchungen machten, hörte, der Augengrund sei völlig normal, war er überrascht und ungläubig und fand auch sofort eine ausserordentlich zarte, aber deutliche Ablösung der Netzhaut in der Mitte. Das Auge erkannte nur Sn. CC in 15′ und zeigte einen grossen Dunkelfleck in der Mitte des Gesichtsfeldes. Das andere Auge war normal. Bemerkenswerth ist hier auch die Ursache der Abhebung. Es dürfte in der Aderhaut zu einem einigermassen ähnlichen Herde gekommen sein wie in der Stirnhaut. mit Zellenwucherung und Flüssigkeitsausschwitzung. Unter der entsprechenden Behandlung erfolgte sehr bald vollständige Heilung. Gewöhnlich wird bei Netzhautablösung blau gesehen oder violett. Letzterer Fall trat bei einer Frau ein, als ihre schläfenwärts beginnende, bis dicht an den Sehnerven reichende, seit 3 Jahren bestehende kurzsichtige Netzhautablösung, welche das Sehen fast aufgehoben, unter Ruhelage, Verband, Schwitzen, Jodkali binnen wenigen Tagen bis auf einen sehr geringen Rest geschwunden war und das Auge bereits wieder mittlere Schrift erkannte. Auch bei stärkerer Netzhautblutung (z. B. durch Verstopfung der Venen) klagen die Kranken über Blausehen. Eine mehr umschriebene Blutung in der Netzhautmitte erzeugt im Gesichtsfelde eine dunkle Stelle, welche auf weissem Grund röthlich, auf grünem schwärzlich erscheint.

458. ***Weitere Beiträge zur Kenntniss der cantharidinsauren Natrontherapie.*** *Von Oscar Schultze. Aus dem Ambulatorium für Hals-, Nasen- und Hautkrankheiten von Dr. Gerber in Königsberg. (Münchener med. Wochenschr. 1892. 48. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 4.)*

Verf. theilt die Krankengeschichten von 21 ambulatorisch behandelten Patienten mit und resumirt dann die an denselben gemachten Beobachtungen. Behandelt wurden 4 Patienten mit Tuberculose des Larynx und der Lungen von relativ gutem Allgemeinbefinden, ein Fall von Lupus der Nase, Mundrachenhöhle und Larynx, 3 Tumoren des Larynx und 13 Fälle von trockenem Catarrh der Nase, des Nasenrachenraumes, Pharynx und Larynx mit acutem, subacutem und chronischem Verlaufe, zuerst mit Dosen von 0·0001, dann von 0·0002 cantharidinsauren Natrons. Da fast immer ausserordentlich heftige Schmerzen auftraten, wurde cantharidinsaures Kali gar nicht versucht. Als locale Reaction zeigte sich nur einmal eine bald spontan schwindende Infiltration an der Injectionsstelle. Albuminurie trat in $33^1/_3$% der Fälle, einmal mit starkem Tenesmus vesicae auf, Fieber nur einmal, oft aber Gliederschmerzen, Mattigkeit und Appetitmangel. Der therapeutische Erfolg befriedigte nicht. Zwar liess sich fast immer Steigerung des Feuchtigkeitsgehaltes der kranken Schleimhäute, Abstossung eingedickter Secrete und festsitzender Borken, Verminderung des Trockenheitsgefühles, Hustenreizes und Erleichterung der Expectoration constatiren, jedoch niemals von einiger





Dauer. Beeinflussung tuberculöser und lupöser Processe äusserte sich ebenfalls nur in schnellerer Entfernung von Eiter und Schleim, nicht aber durch Beeinflussung der Ulcera und Tumoren. Nur ein stecknadelkopfgrosser Epitheldefect heilte, freilich bei gleichzeitiger Creosottherapie.

459. ***Behandlung der hysterischen Aphonie.*** *Von Dr.* ***Bach.*** *(Semaine méd. 1892. 60. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 4.)*

Man muss Alles aufbieten, um einen ersten Ton hervorzubringen; letzteres kann sehr oft auf reflectorischem Wege erlangt werden, indem man das Larynxinnere mechanisch oder leicht chemisch reizt und so einen Hustenklang hervorbringt. Ist die Larynxschleimhaut unempfindlich, wie es manchmal vorkommt, so kann man sicher seinen Zweck durch Einspritzen von warmem Wasser oder von Mentholöl in die Trachea erreichen. Ist es der Patientin gelungen, einen sonoren Hustenstoss hervorzubringen, so kann sie das bald ohne Reflex thun und so gelingt es bald, während des freiwilligen, also nicht reflectorischen Hustens die verschiedenen Vocale hervorzubringen; nachher kann Patientin diese Vocale auch ohne Husten sprechen, später lernt sie Consonanten hinzufügen und noch später ganze Worte und Sätze sprechen.

460. ***Ueber eine neue Methode der Perforation der Highmorshöhle.*** *Von Dr.* ***Moure.*** *(Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux. 1893. 1. — Centralbl. f. Chir. 1893. 15.)*

Die Behandlung von Krankheiten der accessorischen Höhlen der Nase, speciell der Highmorshöhle, ist in den letzten Jahren ein so fruchtbarer Gegenstand der Discussion gewesen, dass Verf. Recht hat, wenn er behauptet, die Diagnose könne zur Zeit eine sehr exacte sein. Nichtsdestoweniger gebe es immer noch manche zweifelhafte Fälle, in denen nur die Punction sicheren Aufschluss gewähre. — Das beste Instrument für diese sei der Troicart von *Krause*; die Operation machte er nach den Vorschriften von *Mikulicz*, *Zinn*, *Fränkel* etc. Nicht immer aber sei der Eingriff ein unschuldiger gewesen. Einen Hauptfehler sieht Verf. darin, dass man mit dem Troicart eine sehr grosse Gewalt habe und eine solche bei dicken Wandungen anwenden müsse, so dass oft eine Fractur oder wenigstens starke Verletzung eintrete. Namentlich die Krümmung des Instrumentes bedinge eine schwierige Handhabung auch für den, welcher die genaue Kenntniss der anatomischen Verhältnisse besitze. Um milder und sicherer vorzugehen, hat Verf. daher eine Galvanocauternadel construirt, mit der er einen Canal bohrt, in den sich dann leicht eine Canüle einführen lässt. Pat. merkt kaum die Operation, eine Blutung findet nicht statt. Verf. operirt so seit Jahren. Man soll die Operation aber nur machen, wenn sie dringend nothwendig ist, da eine Infection durch die Umgebung möglich erscheint.

461. ***Ueber die Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand mittelst Elektrolyse.*** *Von Dr.* ***M. Schmidt.*** *Vortrag am XII. Congress für innere Medicin. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 17.)*

Die beste Erklärung des Zustandekommens der Deviationen des Septums hat *Zuckerkandl* gegeben; nach *Zuckerkandl* entstehen sie entweder auf traumatischem Wege oder durch Wachsthums-



veränderungen in der Entwicklung des Schädels. Im ersteren Falle spielt das Verhältniss der Lage der Lamina perpendicularis des Siebbeines zu den Ossa narium eine gewisse Rolle; je nach der gegenseitigen Lage tritt Fractur oder Infraction bei Einwirkung äusserer Gewalt ein. Im zweiten Falle wächst die Lamina perpendicularis dem Vomer entgegen, und zwar in den Sulcus am oberen Rande des Vomer hinein. Bei Nachgiebigkeit des einen Randes des Sulcus weicht die Lamina perpendicularis nach aussen und bildet den von *Zuckerkandl* sogenannten hakenförmigen Fortsatz; zuweilen wachsen auch die genannten Theile aneinander vorbei; die knorpelige Nasenscheidewand erscheint dann als Wulst im Nasenloch, verengt dasselbe. Folgen der Verengung sind kleinere Gesichtshälfte (kleineres Auge). Deviation der Zähne, Erschwerung der Athmung, venöse Hyperämie und Schwellung der Schleimhaut, Hypertrophie der hinteren Muschel. Eine weitere Folge der mangelhaften Absaugung des Blutes aus dem Gehirn, respective der Lymphstauung ist erschwertes Denken (*Bresgen*, *Guye's* Aprosexia nasalis). Diese Entstehung der Hyperämie des Tractus respiratorius ist rein mechanischer Natur und hat mit dem Reflex nichts zu thun. Das Asthma, das in Folge der geschilderten Zustände Nachts eintritt, ist sehr charakteristisch. Die Menschen erwachen plötzlich mit Beklemmung, holen tief Athem und der Anfall ist vorüber. Die Schleimhaut hinter der verengten Stelle, über welche die Luft mit ihren tausend täglichen Reizen nicht hinwegstreicht, wird nicht abgestumpft, bleibt sensibel und für Reflexe leicht geneigt; die neurasthenische allgemeine Disposition muss aber noch zu den örtlichen Verhältnissen hinzukommen, Vortragender schildert nun im Einzelnen die Wirkung und die Anwendung der Elektrolyse, die er auf Empfehlung *Capart's* in Brüssel anwandte; Rheostat ist nothwendig, Ampèreameter zweckmässig, ebenso vorhergegangene Cocainisirung der Schleimhaut (mit vornübergeneigtem Kopfe anzuwenden, da Hinunterlaufen des Cocains in den Schlund den Cocainismus erzeuge), Desinfection der Nase und der Nadeln etc., 4 bis 8 Sitzungen mit längeren Zwischenräumen genügen. Vortragender schildert auch die zweckmässige Nachbehandlung. In der Discussion spricht sich *Bresgen* mehr für die galvanocaustische Behandlung, die rascher und gründlicher sei, aus; gegen Blutungen empfiehlt er Hinunterschlucken des Blutes.

---

## Dermatologie und Syphilis.

462. ***Ueber die Behandlung der Syphilis mittelst Ueberstreichens — nicht Einreibens — mit Mercursalbe.*** *Von Dr. **E. Welander**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893.)*

Es wurden mittelst eines Spatels, eines Papiermessers oder dergleichen 6 Grm. Ung. Hydrargyri. (1 Theil Quecksilber auf 2 Theile Fett) in derselben Ordnung, wie bei der gewöhnlichen Schmiercur, einfach aufgetragen; hierauf wurden die bestrichenen Theile mit einem leinenen Tuch überbunden, um das Bett nicht zu besudeln, dann sofort nach der Procedur gingen die Kranken in's warme Bett, ohne in Schweiss zu kommen. Den Tag konnten





die Patienten im Freien oder in frischer Luft verbringen. Unter 135 in dieser Art behandelten Patienten befanden sich Kranke mit allen möglichen Formen von Syphilis; angefangen bei dem Primäraffecte ohne jede secundäre Veränderung bis zu den Formen mit Knochensyphilis, mit Gehirn- und Rückenmarksaffectionen. Selbst auf die Frucht in utero einer syphilitischen Mutter war die Wirkung der Ueberstreichungen klinisch zu erschliessen. Was die Raschheit der Wirkung betrifft, so ist diese Behandlungsart in eine Reihe mit der Einreibungscur zu stellen, aber selbst bezüglich der Recidiven und der damit zusammenhängenden Frage der Remanenz des Quecksilbers im Körper sind diese therapeutischen Bestrebungen gut ausgefallen. Directe, auf Quecksilber gerichtete Harnuntersuchungen haben ergeben, dass nach Ueberstreichung der Haut mit Quecksilbersalbe eine beträchtliche Remanenz grosser Mengen Quecksilbers noch nach Wochen sich feststellen liess. — Während jedoch die gewöhnliche Einreibungscur nicht selten mit so heftigem Eczem verbunden ist, dass dadurch die Behandlung auf einigen Tage unterbrochen werden muss, tritt dieser Uebelstand bei der Ueberstreichung nicht auf; auch ist diese Methode nicht so anstrengend, die Procedur ist kürzer und kann sehr leicht auch durch einen Wärter ohne Bedenken vollzogen werden.

463. ***Die Aetiologie der tertiären Syphilis.*** *Von Prof. E. Lesser. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 2. — Schmidt's Jahrb. d. ges. Med. 1893. 4.)*

Während die Erscheinungen der Syphilis in der frühen (secundären) Periode in grosser Ausbreitung, oft universell und häufig symmetrisch auftreten und in der Regel ohne Zerstörung der Gewebe abheilen, tritt die tertiäre Syphilis in circumscripter und asymmetrischer Weise auf und führt in der Regel zu Zerstörungen der befallenen Organe. Die Producte der secundären Syphilis sind ansteckend, die der tertiären Syphilis sind es nicht mehr. Die Dauer der Frühperiode erstreckt sich im Allgemeinen auf die ersten drei Jahre nach der Ansteckung, doch kommen Abweichungen vor; ebenso kann in seltenen Fällen tertiäre Syphilis abnorm früh und in universeller Weise auftreten (galoppirende Syphilis). In der Mehrzahl der Fälle erlischt die Krankheit im secundären Stadium und nur in einer Minderzahl treten tertiäre Erscheinungen auf, und zwar betrifft dies Fälle, die mit unbedeutenden Erscheinungen in der Secundärperiode verlaufen sind und bei denen keine oder eine nur ungenügende Behandlung stattgefunden hat. Eine Statistik von *Haslund* über 514 Fälle von tertiärer Syphilis ergab, dass nur in 14% derselben eine energische, länger dauernde und mehrfache antisyphilitische Behandlung stattgefunden hatte; es ist demnach nicht der leichte oder schwere Verlauf im secundären Stadium für das Auftreten tertiärer Erscheinungen massgebend, sondern die Art der Behandlung. Ueber die Aetiologie der tertiären Syphilis ist man noch im Unklaren. Man hat angenommen, dass die tertiäre Syphilis aus der Entwicklung von Krankheitskeimen hervorgehe, die aus der secundären Periode hier und da zurückgeblieben seien und durch eine Gelegenheitsursache, z. B. Trauma, zur Proliferation kämen. So plausibel diese Annahme, so spricht dagegen doch die



lange Latenzzeit, die man annehmen müsste zwischen der Aussaat der Keime zur Zeit der Infection und ihrem Aufgehen, welches 20 und 30 Jahre später stattfinden kann. Das Verhalten der Vererbung der Syphilis lässt es wahrscheinlicher erscheinen, dass diese Keime mit der Zeit aus dem Körper ausgeschieden werden. Die Vererbungsfähigkeit der Syphilis erlischt beim Mann in der Regel mit Ablauf der secundären Periode, bei der Frau besteht sie aber in vielen Fällen weit länger, vermuthlich wegen der schon im jugendlichen Alter vollendeten Ausbildung der Eizellen, welche den aufgenommenen Syphiliskeim festhalten und erst bei der Entwicklung des Fötus zur Entfaltung kommen lassen; die befruchtende Spermazelle dagegen ist viel jüngeren Datums und stammt aus einer Zeit, zu welcher der Syphiliskeim schon wieder aus dem Körper ausgeschieden ist. *Finger* führte die tertiäre Syphilis auf die Wirkungen der Stoffwechselproducte der Syphilisbacterien zurück, während die secundären Erscheinungen auf der Wirkung der Bacterien selbst beruhen. Auch gegen diese Hypothese liegen wichtige Bedenken vor, unter Anderem spricht dagegen die Thatsache, dass oft Frauen im tertiären Stadium schwer syphilitische Kinder gebären, deren Krankheitsproducte sehr infectiös sind, während es die Mütter nicht mehr sind.

Verf. zieht die praktische Schlussfolgerung: die Vernichtung der Syphilisbacterien und die Verhütung des Zurückbleibens von Keimen sei durch eine energische, in der zuerst von *Fournier* empfohlenen intermittirenden Weise ohne Rücksicht auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Krankheitserscheinungen der Syphilis während der Secundärperiode durchgeführte Quecksilberbehandlung anzustreben.

464. ***Ueber Periurethralabscesse, durch Gonococcen veranlasst.*** *Von* ***Edoard Welander,*** *Stockholm. (Nordiskt med. Arkiv. 1892. 28.)*

Obschon die Mehrzahl der Periurethralabscesse im Gefolge von Gonorrhoe auf Mischinfection mit Zutritt von Staphylococcen entsteht, gibt es doch Fälle, wo der Abscessinhalt nichts wie typische Gonococcen enthält. Es verhalten sich daher diese Abscesse genau wie die Arthritis gonorrhoica, von welcher *Deutschmann* den Nachweis geliefert hat, dass sie ebenfalls ausschliesslich durch Gonococcen entstehen kann. In zwei vom Verf. untersuchten Fällen war die Verwechslung mit einem gonorrhoisch inficirten Periurethralgang, wie solchen *Paschkis* u. A. mehrfach beobachteten, völlig ausgeschlossen, und die Abscessbildung trat erst ein, nachdem vorher periurethrale Infection stattgefunden hatte.

*Th. Husemann.*

465. ***Die combinirte Behandlung der constitutionellen Syphilis mit Quecksilbereinreibungen und den Aachener Bädern.*** *Von* ***William Alexander.*** *(The Brit. med. Journ. 1893. 11. Febr. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 20.)*

Verf. bestreitet, dass die Aachener Bäder eine unerlässliche Zuthat bei der Behandlung der constitutionellen Syphilis mit Quecksilbereinreibung darstellen. Es scheint ihm durchaus ungerechtfertigt, lediglich diesem Wasser an Ort und Stelle einen specifischen, antiluetischen Einfluss zuzuschreiben, da man diesen



auch an anderen Orten und in anderen Ländern bei Application der in Aachen geübten Behandlungsform in gleichem Grade erzielen kann. Zur Erhärtung dieses Ausspruches theilt er folgenden illustrirenden Fall mit: Ein an hochgradiger, constitutioneller Lues leidender Mann mit Knochenauftreibungen, Symptomen von Knoten an der inneren Schädelfläche etc. war bereits mehreren specifischen Behandlungsmethoden, ohne besonderen Erfolg, unterzogen worden. Verf. schritt nun zum combinirten Verfahren mit Inunctionen und heissen Bädern, wie es in Aachen geübt wird, trotzdem es eine strenge Winterszeit war; und das Resultat gestaltete sich überraschend erfreulich in jeder Richtung. Seit dieser Beobachtung wurde eine lange Reihe intensiv erkrankter Syphilitiker von ihm mit Inunctionen und heissen Bädern, die auf künstliche Weise gleich den Aachener Quellen hergestellt wurden, gleichzeitig behandelt und ausserdem liess man die Kranken das Wasser auch innerlich einführen. Niemals wurde die Jahreszeit berücksichtigt, da bei jeder gleich günstige Erfolge erzielt wurden; auch beobachtete man niemals Mercurialsymptome. Zum Schluss macht Verf. die Bemerkung, dass die Thermen in Bath (England) denen Aachens sehr analog sind, welches erstere auch den Vorzug geniesst, als klimatischer Curort benutzt werden zu können.

466. ***Die Behandlung und Heilung der Lepra tuberosa mit Europhen.*** *Von Dr. Julius Goldschmidt, Madeira. (Therap. Monatsh. 1893. April.)*

Die ausgesprochene Tendenz der Lepra, local zu beginnen und während der ganzen, über so viele Jahre sich erstreckenden Dauer local zu bleiben, gibt einen Hinweis, dass vielleicht die Krankheit local beeinflusst, ja geheilt werden kann. Es war daher der Gedanke naheliegend, die vereinzelten Knoten im Beginne der Krankheit zu entfernen und damit der Ausbreitung der Infection einen Damm zu setzen. Die totale Exstirpation kleiner Knoten hat keine Schwierigkeit, jedoch um die Narbe herum oder in ihrer Nähe bilden sich neue Eruptionen. Unter allen gegen den mit dem Lepra- so nahe verwandten Tuberkelbacillus local angewandten Heilmitteln hat gegen die Gelenk-, Knochen- und oberflächliche Drüsentuberculose wohl den befriedigendsten Erfolg das Jodoform gehabt. Seine Anwendung gegen die Lepra empfahl sich aus mehrfachen naheliegenden Gründen. Doch stand Verf. bald davon ab wegen der allgemeinen Erscheinungen, die es verursachte, zumal der Temperatursteigerungen, welche den elenden, wenig widerstandsfähigen Kranken gefährlich wurden. Als ungefährliches Ersatzmittel. das reich an dem wohl allein wirksamen Jod ist (28%), bot sich das Europhen, welches er nunmehr ausschliesslich versuchte. Die Versuche betrafen 5 Fälle und erstreckten sich bei vier über 8, bei einem geheilten Falle über 15 Monate. Das Mittel wurde einzig und allein angewandt, die Lebensbedingungen der Kranken blieben unverändert. Zunächst behandelte er vorgeschrittene Fälle von Lepra tuberosa. Sollte eine entschiedene Wirkung erfolgen, so musste die Behandlung eine intensive sein, entweder durch beständige, Tag und Nacht dauernde Application des Europhen oder aber durch Einverleibung desselben in die Knoten selbst. Um sich von der Ungefährlichkeit des Mittels, auch



bei sehr heruntergekommenen Leprösen, zu versichern, machte er vorerst einige subcutane Injectionen einer 3%igen Oellösung, die im Betrage einer vollen Spritze (1 Ccm.) ohne locale noch allgemeine Reaction gut vertragen wurde. Die Stärke der Lösung wurde allmälig auf 5% gesteigert. In einem Falle (Maria Julia) documentirte sich die Krankheit durch Knotenbildung an dem linken Mundwinkel, an der linken Oberlippe, am Kinn, rechten Augenlide, an Nasenspitze und am rechten Ober- und linken Unterschenkel. Um eine möglichst ununterbrochene, langdauernde Behandlung zu ermöglichen, begann Verf. vor 15 Monaten eine Einreibungscur aller entarteten leprösen Stellen und deren Umgebung mit 5%igem Europhenöl. 3mal täglich werden alle verdickten und verdächtigen Hauttheile 5 Minuten sanft eingerieben. Das verbleibende Oel wird auf der Haut belassen, so dass diese Tag und Nacht sich im Contacte mit dem Mittel befindet. In das Innere der Nase wird gleichfalls 3mal täglich das Oel eingebracht. Die Frau setzte die Behandlung gewissenhaft durch 10 Monate fort, unterbrach sie aber während der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft und während 4 Wochen nach Geburt eines normal und kräftig entwickelten Kindes. Das Resultat der Behandlung war ein geradezu überraschendes. Schon 4 Wochen nach der Application konnte man eine entschiedene Besserung sehen. Nach 15monatlicher Behandlung waren die Augenlider völlig normal, so dass der ursprüngliche Sitz der Krankheit nicht mehr nachgewiesen werden kann. Die grosse lepröse Stelle der Oberlippe und des Mundwinkels, sowie die kleinere am Kinn sind völlig geheilt; die Haut ist abfaltbar, Bacillen sind in ihr nicht mehr nachweisbar. Die Nasenspitze allein ist noch etwas geröthet und geschwollen; auch hier sind die Bacillen geschwunden.

Jedenfalls lässt Verf. die Behandlung auf's Unbestimmte fortsetzen. Immerhin ist ein hinlänglich langer Zeitraum verstrichen, um diesen Fall, dessen beständiges Voranschreiten Jahre hindurch beobachtet wurde, als therapeutisch beeinflussten, selbst als geheilten zu erachten. So muss dieser Fall, wenn er auch vereinzelt dasteht, als eine dringende Aufforderung erscheinen, das gleiche Mittel und dieselbe Methode in anderen Fällen anzuwenden, umsomehr, als auch die Einspritzung in die Knoten eine entschieden günstige Einwirkung zu Wege gebracht hat. Von weit verbreiteten Hautentartungen würde Verf. absehen, da diese eine zu grosse Fläche der Behandlung bietet. Man könnte Jodvergiftungserscheinungen hervorrufen. Die Injectionsbehandlung ist eine schmerzhaftere als die Einreibungscur, hat aber den Vorzug, nicht so viele Ansprüche an den Kranken zu stellen, dessen häufig niedere Intelligenz ihn zu selbstständigem Handeln unfähig macht. Solche Kranke müssen am besten unter ärztlicher Controle stehen. Im Verlaufe der obigen therapeutischen Versuche nahm Verf. auch solche mit Pyoctanin vor, das er bis zur Concentration von 1% in die leprösen Knoten einspritzte. Die bisherigen, durch 5 Monate fortgesetzten Versuche haben leider keinerlei Heilresultate ergeben; die Knoten blieben gleich gross, weder local, noch anderweitig war die Krankheit beeinflusst worden. *—r.*

---



# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

467. ***Ein Fall von Myositis ossificans progressiva.*** *Von Dr. L. Rabek. (Virchow's Arch. Bd. CXXVIII. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 15.)*

Bei einem hereditär in keiner Weise belasteten Kinde wurden im Alter von 6 Monaten harte Knoten in der Gegend der Schulterblätter und behinderte Beweglichkeit der oberen Extremitäten bemerkt. Etwa zwei Jahre später wurden die Bewegungen des Unterkiefers eingeschränkt, so dass das Kind zur Zeit der Untersuchung (im Alter von 3½ Jahren) die Zahnreihen nur 0·5 Cm. von einander entfernen konnte. An vielen Stellen des Körpers befanden sich knochenartige Geschwülste von verschiedener Grösse, die auf Druck nicht empfindlich und mit der Haut nicht verwachsen waren. Alle diese Geschwülste befanden sich in Muskeln; so war der Biceps völlig durch eine harte Geschwulst ersetzt. Derartige Fälle sind selten. Es handelt sich um progressive disseminirte Ossification der Muskeln. Die Krankheit beginnt zumeist an den Nackenmuskeln und geht auf die Rücken- und Extremitätenmuskeln über. Erfasst sie die Kaumuskeln, so erfolgt nothwendigerweise der Hungertod.

468. ***Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und die diagnostische Bedeutung der Leucocytose.*** *Von Dr. Georg Schulz. Von der medicinischen Facultät München gekrönte Preisarbeit. Aus dem medicinisch-klinischen Institute zu München. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 19.)*

Verf. kommt auf Grund zahlreicher Untersuchungen zu der Ansicht, dass die physiologische Leucocytose nicht bedingt ist durch erhöhte Neubildung von Leucocyten, sondern durch Ausschwemmung der in den Gefässen und Capillaren des Körperinnern befindlichen wandständigen Leucocyten in die periphere Blutbahn; diese Ausschwemmung wird hervorgerufen durch physiologische Kreislaufsänderungen, wie sie bei Verdauung und bei der Arbeit eintreten. Die physiologische Leucocytose ist am deutlichsten bei der Verdauung, und zwar nur bei erwachsenen Menschen oder Fleischfressern in den ersten drei Stunden nach der Nahrungszufuhr. Bei jungen Fleischfressern und bei Pflanzenfressern fehlt sie, da diese Thiere sich ständig in der Verdauung befinden. Aus den Ergebnissen der Versuche Verf.'s über entzündliche Leucocytose lässt sich nicht erweisen, dass letztere in einer absoluten Vermehrung der weissen Blutkörperchen besteht; Verf. glaubt besonders auf Grund von Untersuchungen, die sich auf Zählung der weissen Blutkörperchen im Blute aus Gefässen der verschiedensten Körperregionen erstreckten, sich zu der Annahme berechtigt, dass die weissen Blutkörperchen in allen Zuständen, die man für leucocytische hält, sowohl in den physiologischen als in den entzündlichen, nicht vermehrt sind, sondern nur eine andere Vertheilung im Gefässsystem erfahren haben. Eine Erklärung für diese verschiedene Vertheilung zu finden, ist ihm nicht gelungen.



Durch seine Annahme verliert aber, wie Verf. selbst betont, der Nachweis der Leucocytose nichts von seiner diagnostischen Bedeutung.

469. ***Ueber Nierenveränderungen nach Schwefelsäurevergiftung.*** *Von **Eugen Fränkel** und **F. Reiche**, Hamburg-Eppendorf. (Virchow's Arch. Bd. CXXXI. Heft 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 20.)*

Die Verff. studirten 3 Fälle von Schwefelsäurevergiftung, von denen 2 viele Wochen nach der Intoxication an Magencomplicationen endeten, der 3. ihr direct im Collaps erlag. In klinischer Hinsicht wurde nach *Litten* im Anschluss an Schwefelsäuregenuss Albuminurie nur in wenig mehr als der Hälfte aller Fälle constatirt, die ausgeschiedene Eiweissmenge nahm bei diesen während der Folgezeit rasch ab, um spätestens am 5. Tage zu verschwinden. Eine dauernde Albumenausscheidung mit weiteren Symptomen einer chronischen Nephritis wurde nie gesehen. Vereinzelt kamen Blutbeimischungen zum Urin vor. Im Sediment fand man unmittelbar nach der Vergiftung entweder in einem eiweiss- und blutfreien Harn Cylinder und Epithelien, oder in einem eiweiss- und eventuell bluthaltigen Harn Cylinder. Epithelien und Blutkörperchen.

Im 1. Falle, wo ein 17jähriges Dienstmädchen 5 Stunden nach der in selbstmörderischer Absicht erfolgten Einnahme von Schwefelsäure starb, waren die Nieren blutreich, mit leicht überquellender, dunkel grauroth gefärbter Schnittfläche; Rinde etwas trübe; trübe Beschaffenheit und feinste Körnung vieler Epithelien in den gewundenen Canälchen, nirgends Fetttröpfchen sichtbar. Daneben hat man eine in vielen Gesichtsfeldern auftretende Anhäufung eines hell- und dunkelgelben Pigmentes. In einzelnen Glomerulis sind feinste Körnchen zwischen den Schlingen und ausserdem im Kapselraum ein trübkörniges Material abgelagert. An gehärteten und gefärbten Präparaten fand sich eine diffuse Erkrankung der Epithelien, namentlich in den gewundenen Canälchen, starke Läsionen finden sich auch in den geraden Markcanälchen, insbesondere in den Sammelröhren. Die Glomeruli sind in der Form erhalten und füllen meist den Kapselraum aus. Interstitielle Veränderungen fehlen.

Im 2. Falle hatte ein 19jähriger Glaser irrthümlicher Weise einen Schluck verdünnter Schwefelsäure getrunken. Nur in den ersten 8 Tagen wurde Eiweiss im Harn gefunden. Er starb nach 2 Monaten in Folge der erlittenen Verletzung des Magens. An den Nieren fehlen diffuse Veränderungen, man hat es allein mit eichelförmigen, zumeist auf die Rinde beschränkten, spärlicher auch in der Marksubstanz auftretenden Herden zu thun. Bei diesen handelt es sich um wenig scharf begrenzte Partien eines fibrösen kernarmen Bindegewebes, in dessen Bereich das secernirende Parenchym zu Grunde gegangen ist. Spielt sich der Process in unmittelbarster Umgebung eines Glomerulus ab, dann erscheint die Kapsel desselben um das Vielfache des Normalen verdickt und der zugehörige Knäuel entsprechend reducirt. Kleinzellige Infiltration nirgends aufzufinden.

Im 3. Fall: Ein 42jähriger Tischler trank bei leerem Magen versehentlich einen Schluck Schwefelsäure. Der Urin frei



von Eiweiss, im Sediment Epithelien und Detritus. $17^1/_2$ Wochen nach der Intoxication ging er an profusen Magenblutungen zu Grunde. Die Nierenoberfläche war glatt, die Kapsel leicht abtrennbar, mikroskopisch glichen die Veränderungen genau den im vorigen Falle beschriebenen. Demnach sehen wir in dem ersten binnen kürzester Zeit tödtlich verlaufenden Fall das Bild einer weitverbreiteten Coagulationsnecrose der Epithelien in den gewundenen und geraden Harncanälchen, wie es in ähnlicher Weise bei Vergiftungen mit Sublimat und Chromsäure geschieht. In den anderen Fällen betraf der Reiz die Nieren minder stark, so dass leichtere Ernährungsstörungen des Parenchyms eintraten, welche einer Reparation fähig waren; man hat es nur noch mit Narben zu thun, mit Recidiven einer Nierenalteration, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Process herdweise auftritt, keine Tendenz zur Ausbreitung zeigt, ohne entzündliche Reizung des interstitiellen Gewebes verläuft. Es zeigt sich hier auf's Neue, wie ausserordentlich empfindlich das Rindenepithel der Nieren ist, wie wenig resistent, verglichen mit anderen Geweben, gegenüber irritativen Einwirkungen.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

470. ***Die Aetiologie der Influenza.*** *Von Dr. R. Pfeiffer. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. Bd. XIII. Heft 3. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 16.)*

Die Contagiosität der Influenza ist von jeher als wahrscheinlich angenommen, aber gefunden war bisher der Infectionsträger nicht. Erst die Epidemie, die vom November 1891 ab sich in Deutschland verbreitete, hat Gelegenheit geboten zu Untersuchungen im Berliner Institut für Infectionskrankheiten, die Verf. jetzt veröffentlicht. Das Sputum ist der Träger des Infectionsstoffes, eines kleinen unbeweglichen Bacillus, der in erstaunlicher Menge in der schleimigen Grundsubstanz des Sputums oder im Protoplasma der Eiterzellen liegt. „Schon makroskopisch zeigt der Grippeauswurf sehr charakteristische Besonderheiten. Er ist von gelbgrünlicher Farbe, höchst zähe und klebrig und wird gewöhnlich in dicken münzenförmigen Ballen entleert. Seine Bildungsstätte ist in leichteren Fällen wohl vorwiegend der Nasenrachenraum. Steigt der Grippeprocess in die Bronchien herab, oder greift er gar als Influenzapneumonie auf das Lungengewebe über, dann wird ein grosser Theil des Sputums auch von diesen tieferen Partien des Bronchialbaumes geliefert.“ Niessen und Hustenstösse von den Kranken und Einathmen von feinsten Secretpartikelchen von den Gesunden vermitteln die Ansteckung. Wenn das Sputum feucht gehalten wird, so erhält sich die Infectiosität desselben in minimo 14 Tage. Daher die verbürgten Fälle von Ansteckung durch Postpakete und Kleider. Gegen Austrocknung ist der Influenzabacillus noch empfindlicher als die Choleravibrionen. Eine Dauerform der Bacillen ist nicht gefunden, existirt wohl auch gar nicht. Ausserhalb des menschlichen Körpers ist eine Entwicklung der Bacillen im Boden oder Wasser unmöglich. Man unterscheidet bekanntlich catarrhalische, gastrische und nervöse Formen der In-



fluenza. Bei allen, den leichtesten wie schwersten, existirt Nasencatarrh mit enormen Mengen der specifischen Bacillen, die bei gewöhnlichem Schnupfen nie gefunden werden. Im Beginn der Krankheit sind sie fast ausschliesslich in der schleimigen Grundsubstanz des Secretes. Bei späteren Stadien schwinden sie hier, dafür erscheinen die Eiterzellen geradezu vollgestopft mit ihnen. In der Reconvalescenzperiode sind die Bacillen in den Eiterzellen degenerirt (scheint durchaus die Phagocytenlehre zu bestätigen). Bekanntlich erholen sich die Influenzareconvalescenten auffallend langsam. Bei diesen findet man oft wochenlang nach Aufhören des Fiebers im geballten Morgensputum ungeheure Mengen Influenzabacillen. Bei Tuberculösen finden sich beide Bacillen (Influenza und Tuberkel) nebeneinander, bis die Influenzabacillen wieder ganz schwinden. Der Verlauf der Tuberculose wird sehr beschleunigt durch Complication der Grippe, weil die Influenzabacillen den Weg bahnen. Im Blute sind keine Influenzabacillen zu finden. Die Allgemeinerscheinungen sind Intoxication durch Resorption von Toxinen, nicht Blutinfection. Die Influenza findet sich bei keiner Thierspecies spontan. Auch die künstliche Uebertragung gelang nur bei Affen. Nach wiederholten Injectionen wurden diese immun. Wahrscheinlich macht auch das einmalige vollständige Ueberstehen der Grippe den Menschen immun.

471. ***Ueber einige wichtige Eigenschaften unserer Kleiderstoffe.*** *Von Prof. Rubner. (Arch. f. Hyg. XV. — Schmidt's Jahrb. 1893. 4.)*

In dieser Abhandlung berichtet Verf. vor Allem über die Dicke der Bekleidungsstoffe und die Vertheilung von fester Substanz und Luft in der Kleidung. Er gibt dabei interessante Aufschlüsse über die Grösse der Hohlräume in der Kleidung, über die Menge des Wassers, welches in die Hohlräume eingeschlossen wird, über den Einfluss der Webweise auf die Dichtigkeit, über die Luftbeweglichkeit, sowie über die durch die Natur der Bekleidungsstoffe selbst begründete Verschiedenheit der Eigenschaften. So fand Verf., dass die Comprimirbarkeit eines Stoffes nicht allein von der Menge des in der Volumeinheit enthaltenen Grundstoffes abhängt, sondern auch von der Natur dieses Stoffes und der specifischen Art der Anordnung. Wolle z. B. hatte glattgewebt ein specifisches Gewicht von 0·350 und eine Comprimirbarkeit von 30, als Flanell dagegen ein specifisches Gewicht von 0·105 und eine Comprimirbarkeit von 47. Für Baumwolle betrugen diese Zahlen 0·768 und 0, beziehungsweise 0·146 und 50. — Weiter zeigt uns Verf., welche ungeheuere Mengen von Luft in den Porenräumen unserer Kleidung eingeschlossen sind. Ein weicher wollener Flanell hat in 1000 Theilen nicht weniger als 923 Theile Luft und selbst erheblich comprimirt noch immer 845 Theile Luft. Aber auch die uncomprimirbaren glatten Unterkleidungsstoffe führen noch nahezu die Hälfte ihres Gesammtvolumens Luft. Zwischen dem Porenvolum und der Luftbeweglichkeit scheint dabei eine Congruenz zu bestehen. Die Grösse der Hohlräume in unserer Kleidung ist eine sehr beträchtliche. Das specifische Gewicht der Kleidung beträgt im Mittel 0·27. Das Gewicht etwa 3·5 Kgrm., sonach das Volumen circa 13 Liter, bei rund 80% Luftgehalt also circa 10·4 Liter

Luft. Bei normaler lockerer Lagerung der Kleidungsstücke wird man aber das Doppelte und Dreifache der angegebenen Luftmenge als Kleiderluft rechnen können. Der Gehalt dieser Luft an $CO_2$ ist stets ein beträchtlich höherer, als der der umgebenden Luft, besonders wenn die Versuchsperson arbeitete. Verf. kündigt hier weitere Untersuchungen an. Auch über die maximale und minimale Wassercapacität theilt Verf. Versuche mit. Wolle und Baumwolle schliessen darnach benetzt etwa über $^1/_4$ ihrer Poren, erheblich mehr Wasser nimmt Seidentricot auf, am ungünstigsten verhält sich Leinentricot, bei welchem nach Durchnässung 57% des Porenvolums mit Wasser sich füllen. Die Differenzen allein der Grundsubstanz zuzuschreiben, ist nach Verf. nicht angängig. Es muss daher Aufgabe der Techniker sein, die Darstellungsweise von Seide oder Seidentricot soweit zu verbessern, dass die specifischen Gewichte der Stoffe sich der Wolle mehr nähern. Für die Adhäsion nasser Stoffe schienen vor Allen die Oberflächenbeschaffenheit, wie die Quantität des in die Volumeinheit eingeschlossenen Wassers und die Grösse der Poren massgebend zu sein. Wollflanell und Wolltricot lösten sich auch in vollbenetztem Zustande leicht von der Glasplatte ab. Seide und Baumwollentricot klebten weit besser, glatter Shirting ungefähr wie Baumwollentricot. Bei Wasser war ein Widerstand von 400 Grm. zu überwinden.

472. ***Conservirungssalz Wienit.*** *Bericht des Stadtphysikates. Wien 1892.*

Ueber eine Gewerbeanmeldung für die Erzeugung und den Verschleiss eines Conservirungssalzes unter dem Namen „Wienit", und zwar für frisches und geselchtes Fleisch, wurde die Aeusserung abgegeben, dass das erstere aus Salicylsäure, Borsäure und Borax und das letztere aus einer Borsäuremischung mit Kochsalz und Salpeter bestand. Es wurde daher die Abweisung beantragt, weil die genannten Präparate einen ungünstigen Einfluss auf den Stoffwechsel und auf die Verdauung ausüben, indem dieselben die Aufnahme der Nahrstoffe im Darme hemmen und den Eiweisszerfall des Organismus beschleunigen, und somit, namentlich bei längerer Einwirkung, Ernährungsstörungen herbeizuführen geeignet sind. Hierbei wurde noch bemerkt, dass die Entfernung dieser Stoffe aus den mit denselben behandelten Fleischmassen, bevor diese dem Consume übergeben werden, umso unwahrscheinlicher ist, als die Borsäure wie die Salicylsäure in kaltem Wasser schwer löslich sind. Dr. *E. Lewy.*

473. ***Ein Fall von Hysteria virilis.*** *Von Dr. **Hinterstoisser.** (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 52. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 28.)*

Ein 20jähriger Gymnasiast wurde einige Male in einer Situation vorgefunden, welche einen an ihn verübten räuberischen Ueberfall voraussetzen liess. Er war mit Stichen verletzt, die Hände waren verschnürt und gefesselt, das letzte Mal auch der Mund mit einem Knebel verstopft. Er gab an, dass er von einem Manne, den er für einen italienischen Arbeiter hielt, überfallen worden sei. Die jedesmal sofort eingeleiteten behördlichen Untersuchungen führten zu dem Resultate, dass der behauptete Ueberfall ein fingirter war. Die gerichtsärztliche Untersuchung und



Beobachtung führte zu folgendem Gutachten: 1. Dass derselbe ein Individuum ist, bei welchem eine gewisse hereditäre Disposition zu Neurosen vorliegt; 2. dass derselbe nach einem beim Turnen erlittenen Schädeltrauma an temporären Anfällen von Bewusstseinsanomalien mit hallucinatorischen Erregungen erkrankt ist und Erscheinungen einer exquisit hysterischen Disposition aufweist; 3. dass mit Ausnahme jener temporären Anfälle der Bestand einer Geisteskrankheit nicht nachgewiesen werden kann und endlich 4. dass derselbe jene, einen Ueberfall durch eine dritte Person darstellenden Handlungen im Zustande von oben beschriebenen Anfällen temporärer Bewusstseinsstörung und dadurch gesetzter Sinnesverwirrung begangen hat, dass ihm dieselben somit nicht zugerechnet werden können.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 474. *Die Therapie der Knöchelbrüche.*

*Von Dr.* ***Emil Rotter,*** *k. b. Stabsarzt.*

*Nach des Verfassers Schrift: „Die Knöchelbrüche.“ München 1893, J. P. Lehmann.*

Als Knöchelbrüche, Malleolarfracturen, bezeichnet Verfasser typische, meist indirect entstandene Fracturen eines oder beider Unterschenkelknochen an ihrem unteren Ende, mit gleichzeitiger Verletzung des Bandapparates des Knöchelgelenkes von der einfachen Distorsion bis zur vollständigen, mit ausgedehnter Bänderzerreissung verbundenen Luxation. In diese Definition *Burckhardt's* (Verstauchungsbrüche und Verrenkungsbrüche) fügen sich zwangslos auch die usuell den „Knöchelbrüchen“ zugerechneten Fibulafracturen oberhalb der Knöchelregion in streng anatomischem Sinne. Die heutzutage als die zweckmässigste anerkannte Therapie verbindet und ergänzt die althergebrachte Immobilisirung mit Massage und mit den besonders wichtigen frühzeitigen methodischen Bewegungen. Man will durch richtige Combination dieser drei therapeutischen Massnahmen, gleichzeitig mit der Fracturheilung eine möglichst rasche und vollkommene Wiederherstellung der mitverletzten nachbarlichen Weichtheile erzielen und die früher oft erfahrene erhebliche, manchmal irreparable Schädigung von Musculatur, von Bandapparaten etc. der verletzten Glieder, veranlasst durch längerdauernde absolute Ruhigstellung, vermeiden. Die Immobilisirung ist in der ersten Zeit unentbehrlich, hauptsächlich weil sie die ausgiebigste schmerzstillende Wirkung hat, aber auch weil die Fragmente, zerrissenen Bänder etc. so gestellt werden und in Stellung gehalten werden müssen, dass die Wundflächen, respective Wundränder in durchaus correcter Lage zu einander verkleben und verwachsen können. Liegt eine Dislocation der Fragmente vor, so geschieht die Einleitung zu deren zunächst noch provisorischer, aber schon genauer Correctur in den landläufigen Fällen regelmässig gut und rasch durch festes Erfassen des Fusses an der Ferse und raschen kräftigen Zug in die ge-



wünschte Stellung. Hierbei wird zur Erschlaffung der Wadenmusculatur das Kniegelenk in Beugung gehalten. Der Fuss wird im ersten Verbande rechtwinklig zum Unterschenkel gestellt, bei isolirtem Bruch des äusseren Knöchels überdies supinirt. Vor der Verbandanlage ist die Stellung des Fusses zum Unterschenkel stets noch einmal von den vier Seiten her, von vorn, hinten und in beiden Profilansichten nachzuprüfen.

Dieser erste Immobilisirungsverband soll acht Tage lang dienen, zu dieser Zeit ist meistens die Abschwellung sicher erfolgt. Es ist nicht zweckmässig, für ihn den gewöhnlichen circulären Gypsverband zu wählen; vor Allem nicht auf dem Lande, wo der Arzt nicht in Rufweite bleibt; aus Rücksicht auf möglicher Weise sich ergebenden localen Druckschmerz und Decubitus an den Knochenprominenzen und aus Rücksicht vor Allem auf die thatsächlich solchen ersten Verbänden innewohnende furchtbare Gefahr totaler Gangrän eines Extremitätabschnittes, — wenn er im Ganzen zu eng ausfällt, was aber schon aus zu festem Anziehen nur weniger, ja nur einer Bindentour sich ergeben kann. Ferner bringt die Nothwendigkeit der beiderseitigen Längsspaltung oder der gänzlichen Wiederabnahme eines circulären Gypsverbandes wegen weitergehender Anschwellung, beziehungsweise eventuell nach Ablauf der ersten Tage zum Behufe beginnender Combinationsbehandlung durch die Säge- und Messerführung oder die Scheerenschläge den kaum vermeidbaren Insult vielfacher Erschütterung des frisch verletzten Gliedes. Nach fast einstimmigem Urtheile unserer renommirten Praktiker sind hier, bis zu erfolgter Abschwellung, als primäre nur einfache Schienenverbände oder ganz leicht zu lüftende Kapselverbände am Platze. Sehr einfach und rasch bethätigt sich *Angerer's*, *Burckhardt's*, *Klaussner's* Verfahren, welche die nur provisorisch reponirte Knöchelfractur bis zum Beginn des Rückganges der traumatischen Schwellung durch Aufbinden auf eine Lagerungsschiene, gewöhnlich eine *Volkmann*'sche Lade, versorgen. Nach kurzer Zeit verschwindet der zuvor oft sehr intensive Schmerz gewöhnlich rasch, eventuell hilft ein Eisbeutel nach. Manche, z. B. *Schreiber*, ziehen die beiderseits angelegten *Bell*'schen Holzschienen vor, über den Knöcheln mit Filz unterpolstert. Einen ideal sich anschmiegenden Pappschienen-Gazebindenverband verwendet *Nebinger*: erst leichte Polsterung mit Tafelwatte, die mit weicher Mullbinde aufgebunden wird. Nun wird eine steife Gazebinde übergewickelt und über diese eine äussere oder innere oder eine äussere und innere in warmem Wasser vollständig weichgemachte, noch nasse und dadurch dem Gliede sich ganz genau anpassende Pappschiene angelegt und durch eine zweite Mullbinde ganz genau adaptirt. Darüber kommen noch zwei starre seitliche Pappschienen, wiederum mit steifer Gazebinde festgebunden, und schliesslich ein Sohlenstück aus Pappe, für sich aufgebunden, welches, über die Zehen hinausragend geschnitten, zugleich die Bettdecke von der Fussspitze auf das Einfachste abhält und so die besonders im Winter durch Kühle unangenehmen Reifenbahren u. dergl. entbehrlich macht. Die innere Hälfte dieses Pappschienen-Gazeverbandes kann leicht und ohne Erschütterungen seitlich beiderseits aufgeschnitten werden, sobald



man den Zeitpunkt für die Combination mit Massage und den methodischen Bewegungen gekommen erachtet.

Das Material zu einem dieser ersten Contentivverbände muss sich der Praktiker, wenigstens der auf dem Lande unbedingt, stets vorräthig halten. Die Verwendung von Zugverbänden für die Knöchelbrüche konnte sich nicht allgemeiner einbürgern, weil ihnen eben bei so peripherer Lage der Fractur und den verhältnissmässig kleinen Angriffspunkten für die Extension die Mehrzahl der Aerzte nicht genügenden Verlass auf genaue Fragmentadaption und Immobilisation zutraut. Am achten Tage nach dem Unfall ist in dem ersten Verbande gewöhnlich sicher auf erfolgte Abschwellung zu rechnen, und nun kann die erste Massage und Gelenkbewegung bethätigt werden, ehe der Gypsverband an die Reihe kommt. *Burckhardt* ist für möglichst frühzeitige Massage und macht bei Verstauchungsfracturen mit geringerer Gelenkschwellung bei verständigen Patienten schon am zweiten Tage wenigstens einen vorsichtigen Versuch. Indessen wird dies nach Verf.'s Erfahrung gewöhnlich von den Patienten nicht zugegeben, insbesondere etwa mit gleichzeitiger Vornahme von Bewegungen des Gelenkes in so früher Zeit, weshalb Verf. endgiltig mindestens für die ersten acht Tage die einfache Immobilisirung vorzieht. Selbst am achten Tage darf gewöhnlich die Massage noch keine zu nachdrückliche sein, weil ihre Schmerzhaftigkeit zu dieser Zeit noch ausser Verhältniss steht zu ihrem Nutzen. Sie hat sich auf das Fussgelenk und dessen Nachbarschaft zu erstrecken, insbesondere auch auf das Fussgewölbe. Desgleichen dürfen die methodischen Bewegungen vorerst nur sehr mässige sein und natürlich nur passive, unter guter Fixation der beiden Malleolen mit der anderen Hand, sowie des Oberschenkels und des Knies durch einen Assistenten. Nach erfolgter Abschwellung erhält nun ein Gypsverband am besten für weitere acht Tage die Fragmente in richtiger Stellung. Die letztere ist es, worauf jetzt das Hauptaugenmerk gerichtet werden muss. Auch dieser Verband erhält den Fuss rechtwinklig zum Unterschenkel gestellt; nochmals ist die Stellung des Fusses zu letzterem von allen vier Seiten her nachzuprüfen. Dann wird mit aller Sorgfalt diese Stellung während der Eingypsung ganz correct erhalten. Bei den landläufigen einfachen Fibulaknöchelbrüchen scheint es, soweit sie Erwachsene betreffen, praktisch, die Patienten selbst anzuweisen, die ihnen herbeigeführte und leicht erklärte richtige Stellung des Fusses im rechten Winkel zum Unterschenkel activ zu erhalten. Drohen grosse Empfindlichkeit des Patienten, unwillkürliche Muskelcontractionen u. dergl. die correcte Haltung bei Anlegung dieses Gypsverbandes zu stören, so ist, wo nur möglich, rücksichtslos auf der Narcose zu bestehen. In besonders schwierigen Fällen empfiehlt sich für Anlegung dieses Verbandes das bewährte vorsichtige Verfahren *Heinecke's*, erst die obere und untere Partie des Verbandes an Knie und dessen Nachbarschaft, beziehungsweise dem Fusse, anzulegen, und schliesslich erst, nach nun nochmals erfolgter Sicherstellung der correcten Adaption der Bruchstücke und richtigen Stellung des Fusses, insbesondere nach Sicherstellung gegen seine etwaige Abweichung in sagittaler Richtung nach aussen —

das Mittelstück einzufügen. Besonders bei gleichzeitiger Fractur beider Knöchel des Fusses und Zerreissung der beträchtlich starken, Tibia und Fibula verbindenden Ligamente kann dieses Verfahren gegen Neigung zu Diastase werthvoll werden. Dieser erste Gypsverband bleibt wieder eine Woche lang und wird dann, wiederum nach eingeschalteter Massage und methodischen, jetzt passiven und activen Bewegungen durch einen zweiten und dritten, je für eine Woche liegenden ferneren Gypsverband ersetzt. Vor Ablauf der fünften Woche soll man Gehversuche unbedingt nicht zulassen, weil sich auch jetzt noch durch Verschiebung der Bruchenden, und etwa auch durch Bänderdehnung an der medialen Gelenkseite die bleibende, so nachtheilige Valgusstellung herausbilden kann. Auch lasse man im Allgemeinen nicht zu bald anhaltend mit abwärts hängendem Unterschenkel sitzen, weil das unzweifelhaft die lästigen folgenden Oedeme hochgradiger und hartnäckiger macht. Die *Dupuytren*'sche Schiene an Stelle der Gypsverbände verwenden zu wollen, empfiehlt sich nicht; sie ist wegen ihrer umschriebenen Angriffspunkte viel unzuverlässiger und für die Patienten unbequemer als jene. *O. R.*

# Literatur.

475. ***Die Lehre von den Naseneiterungen mit besonderer Rücksicht auf die Erkrankungen des Sieb- und Keilbeins und deren chirurgische Behandlung.*** *Von Dr.* ***Ludwig Grünwald****, München. Mit 5 Abbildungen. 1893,* ***München*** *und Leipzig, Verlag von J. F. Lehmann.*

Die Lehre von den Naseneiterungen liegt hier zum ersten Male monographisch bearbeitet vor. Verf. zeigt, dass die Naseneiterung zumeist auf circumscripten Erkrankungen beruht, und somit in der Mehrzahl der Fälle durch die chirurgische Behandlung gehoben werden kann, während die Douchentherapie häufig nicht nur unnütz, sondern selbst schädlich ist. In ätiologischer Beziehung verpönt Verf. die trübe Quelle der „Dyscrasien“ und betont, dass diese häufig nicht die Ursache, sondern die Folge von Erkrankungen ist, die sich nach aussen fast nur durch einen eiterigen Ausfluss der Nase documentiren. Der Praktiker soll sich vor Augen halten, dass dasjenige, was man bei vorderer Rhinoskopie von der Nase setzen kann, nur den Ausführungscanal einer Menge von häufig isolirt erkrankten Höhlen darstellt. Ehe nicht die Erkrankung auch nur der kleinsten dieser Höhlen auszuschliessen ist, darf nicht die Diagnose auf selbstständige Erkrankung des gemeinsamen Ausführungsganges, beziehungsweise seiner Auskleidung der Nasenschleimhaut gestellt werden. Wohl können die primären Ursachen schon verschwunden sein, während ihre Wirkung, durch andere Umstände unterstützt, noch fortdauert; es muss also, ausser der Erforschung der Ursache der Erkrankung, ebenso grosses Gewicht auf die Erkenntniss jener Umstände gelegt werden, die die Krankheit weiter unterhalten. Die Gruppirung des Stoffes ist folgende: I. Acute Naseneiterungen. *a)* Eiterungen im Introitus; *b)* Eiterungen am Septum; *c)* die acuten catarrhalischen Eiterungen; *d)* die acuten Eiterungen aus dem Nasenrachenraum. II. Die chronischen Naseneiterungen. *a)* Nasenrachenraum. *b)* Naseninneres, die chronischen Nebenhöhlenempyeme. 1. Gemeinsame Erscheinungen: *a)* Eiterung, *b)* Ozaena, *c)* Blutungen, *d)* Polypen und Hyper-



trophie, *e)* Anosmie und Parosmie, *f)* Gesichtsfeldeinschränkung, *g)* Asthenopische Beschwerden, *h)* Kopfschmerz, *i)* Alteration der Intelligenz und Gemüthsdepression, *k)* Gesichtsabscesse, *l)* Mundabscess, *m)* Durchbruch in Thränennasengang und Orbita, *n)* Sinusthrombose und Meningitis, *o)* Hemiatrophia facialis progressiva. 2. Aetiologie, 3. Prognose, 4. Specielle Diagnostik und Therapie: *a)* Kieferhöhlen, *b)* Siebbeinzellen, *c)* Keilbeinhöhlen, *d)* Stirnhöhlen, *e)* combinirte Empyeme. Knochengeschwüre anderer Art. Die lehrreiche auf eigener Anschauung begründete, mit zahlreichen eigenen Beobachtungen erläuterte Darstellung trägt auch den Erfahrungen der Forscher auf rhinologischem Gebiete eingehend Rechnung und wird gewiss dazu beitragen, die Erkenntniss und Behandlung der hier geschilderten Krankheitsprocesse unter den Aerzten zu fördern. Ein ausführliches Literaturverzeichniss ist der Monographie am Schlusse beigegeben. Die Ausstattung des 165 S. zählenden Werkchens ist eine vorzügliche. *—mz.*

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

476. ***Welche Mittel stehen uns zur Hebung der Ernährung zu Gebote?*** *Von Professor Dr.* ***Zuntz.*** *Vortrag, gehalten im Verein für innere Medicin zu Berlin. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 20.)*

Vortragender beabsichtigt nicht die Resultate einer systematischen Untersuchung vorzutragen, sondern eine Reihe von Beobachtungen, welche im Laboratorium gemacht worden sind, über die Frage, auf welchem Wege man die Ernährung des Organismus heben könne. Die Beantwortung dieser Frage ist gleich wichtig für Thier und Mensch. Vortr. theilt seine Beobachtungen in zwei Capitel ein, in die Prophylaxe der mangelhaften Ernährung und in die eigentliche Therapie dieses Zustandes. Bei ungenügender Nahrungszufuhr treten natürlich eine Anzahl Ernährungsstörungen auf; welche Verhältnisse treten aber bei einer zu reichlichen Ernährung ein? Man kann dies sehr häufig bei den höheren Ständen beobachten, wo der Wunsch, die Kinder möglichst zu Prachtexemplaren heranzubilden, zu einer allzu reichlichen Ernährung führt; es zeigt sich jedoch hier, dass eine vorzeitige Anstrengung der Organe dieselben versagen lässt, wenn man grössere Anforderungen an sie stellt. Zu knappe Ernährung schädigt dauernd den Organismus; dies beweisen die Erfahrungen der Thierzüchter, welche sahen, dass — wenn man in den ersten Monaten nicht für reichliche Ernährung (namentlich Muttermilch) sorgt — dann Thiere resultirten, die durch keine Art von Futter mehr zu kräftigen Thieren herangezogen werden können. Auf der anderen Seite haben aber auch die Thierzüchter gelehrt, dass man durch eine zu intensive Ernährung im ersten Jahre, namentlich durch eine zu eiweissreiche Kost einen frühreifen Zustand erreicht; man beobachtet unter solchen Verhältnissen den Eintritt der frühzeitigen Geschlechtsreife, einen Umstand, den man bei den Kühen ausnützt; bei Menschen ist dieser Zustand nicht erwünscht, weil mit der raschen Entwicklung des Körpers nicht eine gleichartige Entwicklung der Geistesfunctionen Hand in Hand geht und weil man dann zu einem Resultat kommt, wo in einem gut entwickelten Körper noch ein kindlicher Geist steckt, so dass die harmonische Ausbildung geschädigt ist. Unter den Mitteln, welche im Entwicklungsalter namentlich auf die Evolution des Geschlechtsapparates einwirken, sind die Extractivstoffe des Fleisches zu erwähnen, ver-





schiedene aus Alkaloiden stammende Genussmittel (Kaffee etc.), im höchsten Masse aber bedenklich ist der Alkohol; der letztere ist nur als Stimulans zu erlauben; die Gewürze, wie Pfeffer, Vanille u. a., gehören ebenfalls hierher. Durch Vermeidung dieser Mittel wird zwar eine langsame, aber stetige Entwicklung der Organe erzielt. Bei der Vergleichung der Kinder wohlhabender und armer Stände bemerkt man, dass bei den ersteren die fettreichere Nahrung sich durch eine erhebliche Gewichtszunahme des Körpers äussert, ebenso durch die Körperlänge; der Unterschied ist namentlich zwischen dem 13.—15. Lebensjahr bemerkbar. Aber trotzdem in beiden Classen dieselben Ernährungsverhältnisse fortdauern, sehen wir, dass die Kinder der niederen Stände den Unterschied nachholen und dass im 18.—19. Jahre ungefähr Gleichheit eingetreten ist. Der Wachsthumstrieb ist so stark, dass er die mindergute Ernährung und den Mangel an Reizmitteln compensirt. Wenn wir unter normalen Verhältnissen Einfachheit der Kost anstreben, so werden wir einen wesentlichen Erfolg in der Ernährung erzielen; es ist dies namentlich bei dem weiblichen Geschlechte wichtig, wo so am besten die so häufig als Folge der vorzeitigen geschlechtlichen Entwicklung auftretende Chlorose vermieden wird. — Verf. wendet sich nun dem therapeutischen Theile seines Vortrages zu; um den Körper zu einer Mehraufnahme von Stoffen zu bringen, hat man gewöhnlich zu einer Auswahl nährender Substanzen gegriffen, die aus Fetten, Kohlehydraten und Eiweiss bestanden; bald wurde die eine, bald die andere Kategorie mehr begünstigt; hauptsächlich ist es nöthig, dem Organismus ein Plus von Nährstoffen überhaupt zuzuführen; schwierig ist dabei die Frage, wie man den Kranken dazu bringen kann, eine genügende Menge aufzunehmen. Wir haben eine grosse Anzahl genügender Medicamente, die Salzsäure, die Amara etc., sie leisten wohl etwas und werden immer wieder versucht; fragen wir uns ferner, was kann die Auswahl unter den Stoffen leisten, so kommen wir in jeder Gruppe zu einer Anzahl Mittel, welche man wählen kann. In der Eiweissgruppe werden die Peptonpräparate zu empfehlen sein, welche auf mannigfaltige Weise durch Bearbeitung der Albuminate mit Verdauungssäften hergestellt werden; der Nachtheil, welcher den Peptonpräparaten anhaftet, ist der, dass wir sie nicht dauernd geschmacksgerecht machen können. Hinsichtlich der Eiweisskost macht Vortr. auf folgende Beobachtung aufmerksam: Wenn man die Gabe der Albuminatmengen auf ein Minimum beschränkt, so dass der Bedarf des Körpers noch gerade genügend gedeckt wird, so tritt dennoch im Laufe der Zeit eine Schädigung des Organismus ein; die Verdauungssäfte werden geringer secernirt, namentlich die Galle, der Koth wird heller und härter, während die Resorption früher 98% betrug, wird der Stickstoff jetzt nur in mangelhafter Weise resorbirt, die Versuchsthiere gehen bei dieser Art der Ernährung jämmerlich zu Grunde. Es geht daraus hervor, dass wohl anfangs ein Minimum von Eiweissstoffen genügt, um den Bedarf des Organismus zu decken, dass aber später trotzdem empfindliche Ernährungsstörungen entstehen. Unter diesen Verhältnissen kann eine grössere Gabe von Peptonen wohl kurze Zeit lang den Appetit heben, man wird aber besser thun, nach einigen Tagen wieder das Pepton durch das Eiweiss zu ersetzen. — Zur Hebung des Appetites sind die Kohlehydrate ebenfalls von gewisser Bedeutung; eine Schrift von *Hirschberg* (der Verfasser ist eine Dame) tritt in dieser Beziehung für den [illegible]ker als Heilmittel ein; in vielen Fällen von Verdauungsstörung



konnte man dieselben dadurch beseitigen, dass nach den Mahlzeiten eine grössere Quantität Zucker in Wasser gelöst genommen wurde; Sodbrennen und Verdauungsbeschwerden haben angeblich darnach aufgehört. Um der physiologischen Ursache dieser Frage näher zu treten, hat Vortr. in Gemeinschaft mit Herrn *v. Werther* einige Versuche angestellt, nach der Richtung hin, ob es rationell sei, in Zeiten, wo der Zucker billig ist, ihn als Zusatz zur Mast beim Vieh zu benützen. Es wurden Experimente an Kaninchen gemacht, denen in grösserer Menge Zucker mittelst der Schlundsonde eingegeben war; die Thiere wurden nach kurzen Intervallen getödtet und der Inhalt des Magens untersucht; dort fand man eine starke Secretion des Magensaftes, der sich später eine Diarrhoe anschloss; das Merkwürdige bei dieser Thatsache war, dass die angesammelte Flüssigkeit kein einfaches Bluttranssudat war, sondern stets der specifischen Eigenschaft des entsprechenden Darmtheiles entsprach. Im Magen wurde Salzsäure, aber niemals Milchsäure gefunden; man kann in Folge dessen dem Zucker die Fähigkeit nicht absprechen, eine Secretion der Verdauungssäfte hervorzurufen. — Als weitere Gruppe der Nährstoffe kommen die Fette in Betracht; in ihnen wird das Nahrungsmittel in der concentrirtesten Form und im geringsten Volumen verabreicht. 100 Grm. Fett entsprechen 250 Grm. Stärke; man scheut sich aber vor einer allzureichlichen Fettgabe, wegen einer eventuellen Verdauungsstörung. Es sind stets bestimmte Fettarten als besonders leicht verdaulich empfohlen werden. Vortr. weist namentlich auf die durch *v. Mering* präparirte sogenannte Kraftchocolade hin, in welcher Cacaobutter durch Oelsäure emulgirbar gemacht worden ist. Vortr. hat sich durch eigene Versuche davon überzeugt, dass diese Emulgirbarkeit der Fette ein wesentliches Moment bildet, welches die Zufuhr grösserer Mengen von Fett, ohne Verdauungsstörungen hervorzurufen, gestattet. Vortr. hat selbst 400 Grm. dieser Kraftchocolade pro die gut vertragen. — Der Appetit ist eine Sensation des Magens und des Gesammtkörpers; er regulirt die Nahrungsaufnahme, die gebotene Nahrung muss jedoch auch unseren Sinnesorganen zusagen; denn wir können selbst den grössten Hunger durch ekelerregende Speisen verlieren; erzwingt man trotzdem eine Aufnahme, so frägt es sich, ob es nicht dadurch zu reflectorischen Vorgängen im Magen kommt. Die anregende Wirkung vieler Speisen, namentlich der Fleischbrühe, ist auf eine Einwirkung auf unsere Geschmacksnerven zu schieben. — Zum Schlusse demonstrirt Vortr. noch ein sehr interessantes Präparat, welches durch den Engländer *Shore* als Geschmackscorrigens eingeführt worden ist und vielleicht berufen ist, in unserem Heilschatz eine gewisse Stellung einzunehmen; es wird durch ein Infus aus den Blättern der indischen Pflanze Gymnaema sylvestris hergestellt und besitzt die ganz merkwürdige Eigenschaft, eine cocainisirende Wirkung auf unsere Geschmacksnerven hervorzurufen; es hebt die Empfindung des Bitteren und Süssen vollständig in unserem Munde auf; spült man sich den Mund mit dem Infusum gründlich aus und nimmt dann ein Stückchen Zucker zu sich, so glaubt man weichen Sand genommen zu haben; auch der Geschmack des Chinins ist völlig aufgehoben! Es ist daher unter gewissen Indicationen als Gurgelwasser zu empfehlen, wobei man aber das Herunterschlucken vermeiden möge, da die Droge giftig ist.





# Kleine Mittheilungen.

477. ***Kupferoxyd-Ammoniakintoxication durch den Siegle'schen Inhalationsapparat.*** *Von Dr.* ***J. Rottenberg****, Stadtphysicus zu Grepes-Olaszi. (Therap. Monatsh. 1892. 8. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 29.)*

Einer an Bronchialcatarrh mit mässig hohem Fieber leidenden Dame waren unter Anderem auch Inhalationen von Salmiak mittelst Siegle'schem Apparat verordnet worden. In der dieser Ordination folgenden Nacht stellten sich nebst hohem Fieber (40·3) Brechdurchfall und collapsartige Zustände ein (Gastroenteritis toxica), die mit dem objectiven Untersuchungsbefunde des im Stadium entschiedener Besserung befindlichen Leidens in grellem Missverhältnisse standen. In dem Glase des Apparates bemerkte nun Verf. eine intensiv lasurblaue Flüssigkeit, die sich als Kupferoxydammoniak herausstellte. Die Röhrchen des Apparates, die eigentlich aus Glas oder Nickel gearbeitet sein sollen, erwiesen sich als schlecht vernickelte Kupferröhren. Nach Austausch der letzteren durch solche von Glas hörte der gastroenteritische Zustand auf. Die Patientin erinnerte sich, schon vor 1½ Jahren einen gleichen Anfall erlitten zu haben, der beim Aussetzen der Inhalationen gleichfalls sistirte.

478. ***Klystier gegen die Schlaflosigkeit der Kinder.*** *Von* ***J. Simon****. (L'Union méd. 1892. 127. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 30.)*

Rp. *Hydrastis chloral.* 0·2—0·4,<br>
*Tinct. nucis.*<br>
*Tinct. Valer. aa. gtt. X,*<br>
*Aq. dest.* 60·00.<br>
MDS. Klystier.

Das Chloral wird besser von den Kindern per anum als per os vertragen, aber seine therapeutische Wirkung ist geringer, weshalb man eine etwas höhere Dosis geben muss.

479. ***Vinum Ipecacuanhae als Wehenmittel*** wandte auch Dr. ***E. Ott*** mit gutem Erfolge in 6 Fällen an. Er verabfolgte es zu je 10 Tropfen 3mal in einer Zwischenzeit von je 10 Minuten; die Wirkung zeigte sich nach 20 Minuten bis zu ½ Stunde in der erwünschten Weise, so dass von der in Aussicht genommenen Anlegung der Zange, respective in dem einen Falle mit Steisslage, von der Extraction Abstand genommen werden konnte.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 2. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 30.)

480. ***Ueber das Vorhandensein eines verdauenden Fermentes in Anagallis arvensis.*** *Von* ***Daccome*** *und* ***Tomasi****. (Rassegna di Scienze med. 1892. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 8.)*

Seit längerer Zeit als Mittel gegen Hautwarzen und üppige Granulationswucherung im Volke bekannt, erfuhr die genannte Pflanze durch die beiden Verff. eine eingehendere Berücksichtigung. Es konnte durch Vermischung der zerkleinerten frischen Pflanze mit Fleisch oder Fibrin die Gegenwart eines Fermentes nachgewiesen werden, das die Eiweisskörper bei 40° im Verlaufe von 4—5 Stunden verdaut.

481. ***Praktische Winke für die Diagnose und die Behandlung der Fischgräten im Halse.*** *Von* ***Dundas Grant****. (Revue de laryngologie. 1892. 22. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 4.)*

Man soll, die Angabe der Patienten nicht beachtend, die Zungentonsille genau untersuchen; findet man den Fremdkörper nicht, so soll man mit der linken Hand statt mit der rechten laryngoskopiren; mittelst Druck auf die Regio submaxillaris während des Phonirens gelingt es, die Gräte sichtbarer zu machen.

482. ***Einen neuen menschlichen Parasiten*** entdeckten Dr. ***Miyake*** und Dr. ***Scriba*** an der chirurgischen Klinik zu Tokio bei einem Manne, welcher wegen Hämaturie die Poliklinik aufsuchte. *Miyake* fand im Urin Milben, und zwar achtbeinige Männchen und Weibchen, ferner Eier und abgeworfene, nur sechsbeinige Häute. Wahrscheinlich hat der Parasit seinen Sitz in der Niere. Die Milbe, welche die Entdecker Nephrophages sanguinarius genannt haben, ist bis jetzt unbeschrieben und ähnelt am meisten dem Dermatocoptes communis. Die Verfasser glauben, dass diese Milbe die Ursache der in vielen tropischen Gegenden und im Süden von Japan vorkommenden Fibrinurie sein dürfte.

(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 16. — Med. Neuigkeit. 1893. 17.)



## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Frank, Dr. Hermann,* Specialarzt für Chirurgie in Berlin. Grundriss der Chirurgie für Studirende und Aerzte. I. Theil: Die allgemeine Chirurgie Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Kennel, Dr. Julius,* kais. russ. Staatsrath, ord. Professor der Zoologie und Director des zoologischen Museums der Universität Dorpat. Lehrbuch der Zoologie Mit 310 Abbildungen im Text, enthaltend gegen 1000 Einzeldarstellungen. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Kümmel, Dr.,* in Hamburg. Ueber Geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie. Berliner Klinik. Heft 59. Berlin 1893, Fischer's medicinische Buchhandlung H. Kornfeld.

*Rotter, Dr. Emil,* k. b. Stabs- und prakt. Arzt. Die Knöchelbrüche. München 1893, Verlag von J. F. Lehmann.

*Schrenck-Notzing, Dr., Freih. v.,* prakt. Arzt in München. Ueber Suggestion und suggestive Zustände. Vortrag, gehalten am 17. März 1893 in der anthropologischen Gesellschaft in München. München 1893, Verlag von J. F. Lehmann.

*Volkmann, Richard v.,* Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig 1893, Breitkopf & Härtel.

Nr. 62. Schimmelbusch C., Ueber grünen Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus.

Nr. 63. Lindfors A. C., Zur Lehre vom Nabelschnurbruch und seiner Behandlung.

Nr. 64. Treitel Leopold, Ueber Aphasie im Kindesalter.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

483. ***Beitrag zur Diagnostik der tuberculösen Lungenaffection und zur regionären Beeinflussung derselben.*** *Von Dr. E. Aronsohn, Ems. (Deutsche Med.-Ztg. 1892, 43.)*

Im Centralblatt für klinische Medicin, 1891, Nr. 3, machte *G. Stricker* darauf aufmerksam, dass Jodkali in kleinen Dosen, etwa 0·2 Grm. mehrere Tage hintereinander genommen, bei verdächtigen, nicht deutlich erwiesenen Lungenspitzenaffectionen, Rassel- und Pfeifgeräusche ausschliesslich in den befallenen Theilen ergeben, zuweilen auch Infiltrationen. An einem von dem Verfasser als Beispiel aufgestellten Falle und nach oftmals von ihm beobachteten ganz gleichen Erscheinungen zeigt er, dass ebenso wie durch Jodkali und die *Koch*'sche Lymphe auch durch mehrwöchentlichen Gebrauch von Emser Wasser dasselbe erreicht wird. Das Wichtigere aber ist, dass Verf. den künstlich erzeugten milden Catarrh nach den Erfahrungen aller Emser Aerzte und aller Zeiten zur Heilung beginnender Lungenschwindsucht verwerthet. Sowie *Koch* nicht die Bacillen direct oder durch erzeugtes Fieber tödten, „sondern nur durch den entzündlichen Catarrh an den tuberculösen Herden die Ausscheidung der tuberculösen Massen und Bacillen begünstigen wollte“, will, wie vorher schon *v. Brunn* durch Lippspringe, Verf. durch das Emser Wasser denselben Weg einschlagen. Während der Emser Cur verordnete Verf. Inhalationen, welche die durch das Mineralwasser von Schleim freigelegten Bronchien mit balsamischen Dämpfen betheiligen und so wird eher eine Heilung der Schleimhaut erfolgen können. Thatsächlich beschränkt sich Verf. in Ems nicht allein auf das Mineralwasser, auf Trinken, Baden, Douchen, kalte Abreibungen allein, sondern macht nebenbei auch von Inhalationen weitesten Gebrauch. Er benutzt dazu 3–5mal täglich 5—10 Minuten lang reines Menthol mit dem kleinen *Rosenberg*'schen Apparat. Bei Neigung zu Hämoptoe setzt er Terpentinöl hinzu. Auch comprimirte, auf 30° erwärmte und mit Mentholgas gesättigte Luft lässt Verf. 1/2 Stunde lang täglich einathmen. Ausführlichen Bericht über die Erfolge stellt der Verf. in Aussicht. *Hausmann,* Meran.

484. ***Ueber Aphasie im Kindesalter.*** *Von Leopold Treitel, Berlin. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 64. Neue Folge. Januar 1893. Leipzig, Breitkopf & Härtel.)*

Aus der sehr inhaltsreichen Arbeit können wir aus Raummangel nur einige markante Stellen citiren und müssen unsere Leser des Ausführlichen auf das Original verweisen. Beim Sprechenlernen des Kindes kommen zwei verschiedene Factoren in Betracht;

die innere Sprache entspricht dem Bestreben des Kindes, sich der Umgebung zu äussern; diese Fähigkeit, sprechen zu lernen, kann kein Mensch dem Kinde beibringen und in diesem Sinne kann von einem Sprechenlernen eigentlich nicht die Rede sein; die äussere Sprache ist die articulirte, wie sie das Kind von seiner Umgebung lernt. Für das Erlernen der Muttersprache sind drei Factoren unbedingt nothwendig: Intelligenz, Nachahmungstrieb und Gedächtnissvermögen, selbstverständlich bei bestehender Intactheit der schallpercipirenden und schallleitenden Organe. „Diese drei Momente müssen vereint sein", sagt der Autor, soll das Kind die Sprache seiner Eltern erlernen, sowohl zu verstehen als zu sprechen. Verstehen und Sprechen sind aber zwei verschiedene Acte der Sprache. In Wirklichkeit versteht jedes Kind das zu ihm Gesprochene eher als es selbst sprechen kann, in ähnlicher Weise wie der Erwachsene eine fremde Sprache leichter verstehen, als selbst sprechen lernt. Die Aphasien des Kindesalters werden bei Intactheit des Gehörs und der Sprachorgane in zwei Gruppen gesondert: die angeborenen und die erworbenen, beide sind wie bei dem Erwachsenen selten eine absolut complete, sondern es sind fast immer einzelne Worte möglich. Die angeborene Aphasie, Stummheit ohne Taubheit, oder Hörstummheit von *Coën* benannt. war schon den älteren Autoren bekannt und soll in der Kinderwelt sehr häufig vorkommen. Die Ursachen werden von den verschiedenen Autoren verschieden angegeben und sind im Originale nachzulesen, ebenso wie Prognose und Therapie. Die erworbene Aphasie steht den Neurosen am nächsten und Verf. unterscheidet: 1. die durch Stottern entstehende, 2. die hysterischen, 3. die Reflexaphasien und 4. die choreatischen. Ausserdem beobachtet man Aphasien bei Gedächtnissschwäche, wie bei Epilepsie, bei Unfällen mit Bewusstseinsstörungen nach Infectionskrankheiten, nach acuten Exanthemen, nach apoplectischen Insulten etc.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

485. ***Ueber den respiratorischen Gaswechsel bei verschiedenen Formen der Anämie.*** *Von Docent Dr.* ***K. Bohland.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 18.)*

Verfasser führte seine Versuche nach dem Verfahren von *Zuntz* und *Geppert* mit dem Respirationsapparat des pharmakologischen Institutes zu Bonn an Patienten mit Leucaemia lymphatica, Leucaemia lienalis et lymphatica, Anaemia gravis (Anchylostomiasis) und Chlorose aus. Die bisherigen Resultate Verf.'s lassen sich dahin zusammenfassen:

In Uebereinstimmung mit anderen Untersuchern hat auch Verf. in keinem jener Fälle eine Verminderung der Sauerstoffaufnahme und Herabsetzung der Kohlensäureausscheidung finden können. Auch ist er in Uebereinstimmung mit *Kraus* und *Chvostek*, die bei ihren Kranken eine auffallend hohe Ventilationsgrösse beobachtet haben; die Patienten des Verf. mit geringem Körpergewicht und geringer Grösse haben eine Respirationsgrösse von meist 8 bis 10 Liter pro Minute, während bei Gesunden von gleichem Gewicht und gleicher Grösse eine Respirationsgrösse von circa 5—7 Liter zu finden ist. Es vermögen demnach die Anämischen in der Ruhe ebenso viel Sauerstoff aufzunehmen wie die Gesunden, und man



ist wohl berechtigt zu der Annahme, dass für den theilweisen Ausfall der die O-Aufnahme besorgenden rothen Blutkörperchen Compensationsvorrichtungen bestehen. Da nun bei Anämischen meist eine Beschleunigung und oft auch eine Vertiefung der Athmung und ferner eine Beschleunigung des Pulses zu constatiren ist, und da diese beiden Momente sehr wohl aus theoretischen Gründen zur erwähnten Compensation führen können, so hat man ihnen wohl auch mit Recht eine solche Bedeutung zuerkannt. Während nun *Kraus* und *Chvostek* bei ihren Kranken fanden, dass die Grössenverhältnisse des O-Verbrauches und der $CO_2$-Ausscheidung die physiologische Norm in keiner Richtung überschritten, jedoch der oberen physiologischen Grenze meist näher standen, constatirte Verfasser bei seinen Patienten häufiger, bei einer Kranken constant, einen O-Verbrauch, respective $CO_2$-Ausscheidung, die grösser sind, als der oben angegebene maximale Werth für Gesunde; er fand da bis zu 6·62 Ccm. für O und 6·179 Ccm. für $CO_2$. Zur Erklärung dieser Thatsache ist zunächst daran zu denken, dass die Action der Compensationsvorrichtungnn selbst zu einer Steigerung des O-Verbrauches und der $CO_2$-Ausscheidung führen muss; jedoch wird die hierdurch veranlasste Steigerung kaum die von Verf. öfter constatirte beträchtliche Erhöhung des respiratorischen Gaswechsels erklären können. Da nun gerade bei leucämischen Individuen diese Steigerung am häufigsten und beträchtlichsten war, so wäre vielleicht eher anzunehmen, dass dieselbe veranlasst würde durch Vorgänge in den an Volum so stark zunehmenden Organen, wie Milz, Leber, Lymphdrüsen: dafür spricht auch die Beobachtung Verf.'s, wonach gerade bei der Pat. mit grossem Leber- und Milztumor diese Steigerung im respiratorischen Stoffwechsel am intensivsten war. Es erscheint nicht unwahrscheinlich, dass mit der Steigerung im respiratorischen Stoffwechsel auch einhergehen kann die Steigerung im Eiweisszerfall. Gerade bei der Leucämie ist derselbe häufiger constatirt und für die Anämie nach Anchylostomiasis, für welche Verf. in einem Versuche einen ungewöhnlich hohen O-Verbrauch constatirt hat, glaubt er, auch einen erhöhten Eiweisszerfall gefunden zu haben.

Ebenso wenig aber, wie die Steigerung des Eiweisszerfalles bei bestimmten Anämien in allen untersuchten Fällen und bei diesen constant gefunden worden ist, ebenso wenig findet sich nach Verf. in allen solchen Fällen von Anämie die Steigerung des respiratorischen Gaswechsels, und dass dieselbe bei den einzelnen Fällen nicht constant vorhanden ist, geht aus den Versuchen (s. im Original) zur Genüge hervor. Bei der Chlorose, für welche jüngst *v. Noorden* in 3 Fällen ein normales Verhalten des Eiweissstoffwechsels erwiesen hat, hat Verf. eine Steigerung im O-Verbrauch, die erheblich über die Maximalwerthe bei Gesunden hinausgeht, nicht auffinden können. Nur in einem Versuch ging der O-Werth um ein Geringes über den Maximalwerth für Gesunde hinaus. Auffallend ist aber in den meisten Fällen bei den beiden Chlorotischen der hohe Werth für die $CO_2$-Ausscheidung. Bemerkenswerth ist in einer Beobachtung, dass mit der Zunahme des Körpergewichtes, mit der Besserung des Blutbefundes und der Verminderung der subjectiven Beschwerden die Zahlen sich in den normalen Grenzen bewegen.



Aus den Untersuchungen Verf.'s geht also hervor, dass eine Herabsetzung des respiratorischen Stoffwechsels bei der Anämie in der Ruhe nicht besteht, dass deshalb auch die Steigerung des Eiweisszerfalles bei manchen Anämien hierdurch nicht erklärt werden kann; man müsste denn gerade die Annahme machen, dass in einigen Organen der O-Verbrauch ein so energischer sei, dass die anderen Organe doch an O-Mangel litten. Es würde aber dann doch wohl die Dyspnoe eine erheblichere sein und, abgesehen von der Leucämie, wäre es wohl schwer, anzugeben, welche Organe einen so intensiven Stoffwechsel hätten. Ueberdies wurde in manchen Fällen von Anämie und bei der Ruhe eine Steigerung des respiratorischen Stoffwechsels beobachtet, besonders bei den Anämien, für welche auch eine Erhöhung des Eiweisszerfalles constatirt ist, ohne dass jedoch dabei eine Temperatursteigerung zu Stande kommt.

*O. R.*

486. ***Ueber spasmodische Dysphagie mit Demonstration.*** *Von Dr. **C. v. Monakow**. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte des Cantons Zürich. (Correspondenzbl. 1893. 15.)*

Unter spasmodischer Dysphagie versteht man bekanntlich einen meist periodisch auftretenden, häufig mit Schmerzen und Sensationen in der Gegend des Sternums verbundenen krampfartigen Zustand des unteren Theiles der Speiseröhre, ohne dass demselben eine bestimmte anatomische Grundlage entspricht. Der Bissen wird ohne Beschwerde in den Mund gebracht, normal gekaut und gelangt ohne Schwierigkeit in den Oesophagus. Im unteren Abschnitt des letzteren beginnt die Deglutitionsstörung: die Speisemasse wird entweder sofort oder nach längerem Verbleiben in der Speiseröhre herausgewürgt und gelangt nur zum kleinsten Theile durch die Cardia in den Magen. Vortr. berichtet über eine hierher gehörende Beobachtung, die letal geendigt hat und bei der er die Section machen konnte. Frl. S., 32 Jahre alt, erkrankte im 22. Lebensjahre im Anschluss an traurige Familienereignisse an dysphagischen Erscheinungen. Es zeigten sich periodisch auftretende Zustände, in denen der Bissen zunächst einige Zeit „unter dem Sternum stecken blieb" und erst später unter Anstrengung in den Magen gebracht wurde. Bald darauf wurde während solcher Anfälle die Nahrung, die normal geschluckt worden war, kurze Zeit nach der Aufnahme ohne Uebelkeit geräuschlos regurgitirt, ohne in den Magen zu gelangen. Solche dysphagische Attaquen traten anfangs selten auf und waren von kurzer Dauer; allmälig wurden sie häufiger und von längerer Dauer, so dass Patientin oft einige Tage, später sogar einige Wochen nach einander gar keine Nahrung bei sich behielt und in Folge dessen jeweilen beträchtlich abmagerte. Beim Einführen der Sonde zeigten sich Schwierigkeiten, indem dieselbe in der Gegend der Cardia krampfhaft festgehalten und dann mitunter herausgeschleudert wurde, sie konnte aber schliesslich doch in den Magen gebracht werden. Eine Stenose des Oesophagus war somit ausgeschlossen. Appetit und Verdauung waren stets normal, oft bestand sogar Heisshunger. Patientin zeigte eine ganze Reihe von hysterischen Erscheinungen. Im Frühling 1890 erkrankte Patientin an Influenza mit Pneumonie und Pleuritis. In der Reconvalescenz:



Steigerung der Oesophaguskrämpfe, später leichte Besserung bei elektrischer Behandlung. Vom Sommer 1891 an successive Verschlimmerung des Zustandes. Im März und April 1892 zeigte sich während vier Wochen ununterbrochenes Regurgitiren nach jeder Nahrungsaufnahme. Rasche Abmagerung, tägliche Urinmengen von nur 150—250 Ccm. Ernährung durch Clysma nothwendig. Dann zeigte sich ganz unvermittelt, eingeleitet durch Besserung der Gemüthsstimmung, wieder Nachlassen der dysphagischen Erscheinungen und Fähigkeit, auffallend grosse Speisemassen aufzunehmen, so dass die tägliche Urinmenge bis auf 2800 Ccm. stieg und Patientin in einer Woche um 4 Pfund zunahm. Wenige Wochen darauf trat (Mai l. J.) eine neue dysphagische Periode, welcher Klagen über Schmerzen in allen Körpertheilen etc. vorausgingen, auf. Am 21. September Exitus letalis unter Inanitionserscheinungen.

Sectionsbefund: Der Oesophagus war mit Speisemassen und Schleim gefüllt und zeigte im unteren Drittel eine mächtige trichterförmige Ectasie. Die hintere Wand erschien stark gedehnt und nach vorn getrieben, sie legte sich um die vordere derart, dass eine Achsendrehung des Oesophagus dicht oberhalb der Cardia und mit Bildung einer tiefen, länglich verlagernden Knickungsstelle (in der vorderen Oesophaguswand) entstand. Durch diese Torquirung des untersten Oesophagusabschnittes wurde die Cardia klappenartig abgeschlossen. Der Zugang zum Magen war aber frei; die Sonde passirte ohne Schwierigkeit die Cardia, deren Eingang mässig stenosirt war. Die Schleimhaut jener sowohl, als diejenige des Oesophagus an der Knickungsstelle ganz normal; nirgends ulcerirte oder narbige Stellen. Die Wandung der unteren Speiseröhre bedeutend hypertrophisch, circa 0·7 Cm. dick, der Durchmesser des Trichters an der weitesten Stelle betrug circa 5 Cm. Magenschleimhaut etc. gewulstet und stellenweise blutig imbibirt. Beim Eingiessen von Flüssigkeiten in die Speiseröhre dringt kein Tropfen in den Magen, wenn die Achsendrehung nicht aufgehoben wird; aus dem Magen fliesst dagegen der Inhalt leicht in den Oesophagus und überwindet den Widerstand an der torquirten Stelle ohne Schwierigkeit. Die übrigen Organe ohne nennenswerthen Befund. Medulla obl. und Nn. vagi wurden noch nicht untersucht.

In der epikritischen Besprechung hebt Vortr. die Seltenheit solcher Ausgänge von Fällen von spastischer Dysphagie hervor. Klinisch schliesst sich der Fall namentlich eng an die Beobachtungen von *Meltzer* und *Strümpell* an. Es handelte sich auch hier um ein zweifellos primär rein functionelles Leiden, das sich auf hysterischer Basis entwickelt hatte. Durch die lange Dauer der dysphagischen Erscheinungen bildete sich offenbar in Folge der Druckwirkung der Speisemasse zunächst eine trichterförmige Dilatation des Oesophagus mit Hypertrophie der Musculatur oberhalb der stenosirten Stelle, dann trat eine so gewaltige Dehnung der hinteren Wand desselben ein, dass eine Achsendrehung und klappenartiger Verschluss oberhalb der Cardia erfolgte. Für einen ursprünglich rein functionellen Ursprung des Leidens sprechen namentlich das periodische Einsetzen der Deglutitionsstörungen, die wichtige Rolle der psychischen Momente und der negative



anatomische Befund an der Uebergangsstelle des Oesophagus in die Cardia. Principiell ist vorstehender Fall von Bedeutung, denn er zeigt, dass lange andauernde functionelle Störungen schliesslich beträchtliche organische Veränderungen erzeugen können. *O. R.*

487. ***Die Cholera in Japan.*** *Von Dr.* ***Baelz****, Tokio. Vortrag am XXII. Congress für innere Medicin. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 18.)*

Verf. berichtet, dass in Japan viele Epidemien von Cholera vorkommen, theils ausgebreitetere, theils kleinere, und zwar so häufig, dass Japan als dauernd inficirt angesehen werden muss, ebenso wie Indien. Bei der Verbreitung der Cholera spielt immer das Wasser die Hauptrolle. Da bei dem Krankheitsbilde die nervösen Symptome schon von Beginn an in den Vordergrund treten, so muss man das Gesammtbild des eigentlichen Cholerafalles als eine toxische Erkrankung des Nervensystems auffassen, während die Choleradiarrhoen Localaffectionen ohne Intoxication darstellen. Die Choleraallgemeinsymptome nur von einer Wassereindickung abzuleiten, ist deshalb nicht angängig, da viele Kranke ohne jede Spur von Cyanose sterben. Die Choleradurchfälle und die darauf beruhende Eintrocknung des Körpers spielt allerdings bei dem Cholerabilde eine wesentliche Rolle, aber es ist nicht die Menge des Wassers allein, welche den Ausschlag gibt, sondern die gegen die Norm veränderte Richtung des Flüssigkeitsstromes im Körper. Wenn sich der bei der Choleradiarrhoe gegen den Darm gerichtete Flüssigkeitsstrom umkehrt, so kann sich oft in kurzer Zeit, ohne dass nennenswerthe Quantitäten Wasser dem Körper zugeführt werden, das ganze Bild ändern. Es entsteht dann statt der Kälte und Blässe der Haut Wärme und Röthung derselben, welche bis zum Auftreten von Exanthemen sich steigern kann. Vielleicht werden letztere direct durch Ablagerung von im Darme resorbirten Krankheitsproducten erzeugt. Betreffs der Therapie ist zu bemerken, dass auch in Japan alle Mittel versucht wurden, ohne dass irgend ein wesentlicher Erfolg zu bezeichnen wäre. Auch von den in Japan allgemein üblichen heissen Bädern war keine besondere Wirkung zu spüren. Der Transport nach dem Krankenhause wird vielen Kranken gefährlich.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

488. ***Ueber Creosotklystiere bei Schwindsüchtigen.*** *Von DDr.* ***Chrostowski*** *und* ***Wistocki****. (Gaz. lekarska. 1892. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 35.)*

Da die übliche Verabreichung von Creosot per os mit manchen Unzuträglichkeiten verbunden ist, haben die Verff. versucht, das Mittel per anum in den Darmcanal zu bringen, und veröffentlichen nun ihre bei dieser Darreichungsweise gemachten Beobachtungen. Die Creosotclysmen wurden von allen Patienten sehr gut vertragen, Reizungserscheinungen seitens des Darmes traten hierbei nicht auf. In zwei Fällen konnte Stillstand der Diarrhoe unter dem Einflusse von Creosotklystieren constatirt werden. Die Verff. haben dieses Verfahren bei 14 Patienten geübt; bei allen wurde




zuerst das Rectum mittelst gewöhnlicher Warmwasserklystiere gereinigt und dann erst Creosot eingeführt. Bei 5 Patienten, deren Ernährungszustand noch ein guter war, bei denen aber bereits Fieber bestand, trat eine mehr oder weniger bedeutende Besserung ein; bei 7 Patienten wurde durch die Creosotklystiere keine Besserung erzielt, was die Verff. dem Umstande zuschreiben, dass es sehr heruntergekommene Individua mit fortgeschrittener Tuberculose und hoher Temperatur waren. Nur bei 2 Patienten trat eine Verschlimmerung ein. — Wenige Minuten nach der Application der Clysmen pflegte sich bei den Kranken Creosotgeschmack im Munde einzustellen und wenige Stunden darauf die Temperatur um 1—2° zu fallen. Als einen anderen Beweis für die rasche Resorption des eingeführten Creosots betrachten die Verff. die zuweilen hierbei beobachtete grünliche oder dunkle Färbung des Harns. Das Creosot soll angeblich die durch die Tuberkelbacillen ausgeschiedenen Toxalbumine unschädlich machen. Verff. rathen, die Creosotklystiere in solchen Fällen anzuwenden, in denen mehr oder weniger bedeutende Mengen Creosot per os nicht vertragen werden können.

489. ***Die Behandlung der Tuberculose mittelst subcutaner Creosotinjectionen.*** *Von Dr. Ludwig Frey. Vortrag, in der wissenschaftlichen Versamlung des Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. 1893. 30. Januar.*

*Jimbert* hatte am 2. Congress für Tuberculose in Paris über gute Erfolge berichtet, die er mittelst Injectionen von Creosot in Olivenöl gelöst bei den verschiedenartigen Formen der Lungenphthise erzielt hatte. Gestützt auf ein Krankenmaterial von 14 Personen, bei denen sich Lungentuberculose in den verschiedensten Stadien vorfand und bei denen Verf. die Creosotinjectionen versuchte, berichtet derselbe über seine Erfahrungen. In allen diesen 14 Fällen konnte er wesentliche Besserungen, in manchen sogar relative Heilung erzielen. Die Injectionsmethode bietet folgende Vortheile: 1. die Möglichkeit, ziemlich grosse Mengen der Substanz in verhältnissmässig kurzer Zeit dem Organismus einzuverleiben; 2. die bei der internen Medication so häufig zu beobachtende Idiosyncrasie, ebenso die gleichfalls dadurch veranlassten höchst unangenehmen Erscheinungen von Seite des Magens, die dann zum Aussetzen des Medicamentes zwingen, sind bei dieser Behandlung ganz ausgeschlossen; 3. die genaue Dosirbarkeit der täglich dem Kranken zu verabreichenden Dosis, während diese bei der Darreichung per os oder durch Klysma nicht möglich ist, da man doch nicht wissen kann, wie viel von der eingeführten Substanz resorbirt wird; 4. bilden die die Phthise concomitirenden gastrischen und intestinalen Affectionen, welche die interne und Klysmadarreichung oft unmöglich machen, keine Contraindication für die Injection. Der Injectionsschmerz ist, wenn man in der von Verf. angegebenen Weise verfährt, ein minimaler; er wird von den meisten Kranken als ein leichtes Brennen, von weniger Empfindlichen als ein Prickeln empfunden. Während nämlich *Jimbert* mit der Concentration immer ansteigt und immer mehr Flüssigkeit einspritzt, hat Verf. gefunden, dass die Haut blos Lösungen bis zu 1 : 9, also 1·0 Creosot auf 9·0 Ol. olivar. verträgt. Höhere Concentra-



tionen erzeugen nebst einer bedeutenden Schmerzhaftigkeit directe Infiltrate in der Haut, die oft zur Einstellung des Verfahrens zwingen, mit der Zeit für eine neuerliche Aufnahme des Creosots ungeeignet machen. Verf. beginnt daher mit einer Lösung von 1 : 15 und steigt gradatim bis 1 : 9 auf, welches die Grenze bildet. Dafür aber injicirt er jeden zweiten Tag, anfangs blos 5 *Pravaz*-sche Spritzen und steigt langsam bis zu 10 in einer Sitzung auf. Schon an dem der Injection folgenden Tage hat die Haut ihre frühere Beschaffenheit wieder erlangt und kann schon zu einer neuerlichen Injection verwendet werden. Die Resorption einer verdünnten Lösung ist eine so rasche, dass der Kranke schon oft während der Injection den charakteristischen Creosotgeschmack im Munde verspürt und seine Athemluft deutlich nach Creosot riecht. Die Einspritzung muss sehr langsam vorgenommen werden; man verwendet beiläufig eine Minute für eine Spritze. Um den Einstichschmerz so gering als möglich zu machen, verwendet der Vortragende blos die *Pravaz*'sche Spritze. Die Nadel darf nicht zu fein, sondern mittelstark sein, damit kein grosser Druck ausgeübt werde, der sonst schmerzhaft empfunden würde. Als Injectionsstelle wird die Rückenhaut verwendet, doch können auch die seitlichen Partien des Thorax benützt werden. Selbstverständlich muss man nach den gewöhnlichen Regeln der Antisepsis verfahren.

*O. R.*

490. ***Der Missbrauch der Milch bei Albuminurie.*** *Von Dr.* ***Lecorché*** *und Dr.* ***Talamon.*** *(La méd. moderne. 1892. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 5.)*

Der Missbrauch der Milchcur bezieht sich auf die fast zum physiologischen Axiom erhobene Idee, dass die Milch ein vollkommenes Nahrungsmittel sei. Drei Liter Milch reichen für den Erwachsenen hin, um den täglichen Bedarf an Stickstoff und Fette zu decken; man müsste jedoch für die Kohlenhydrate täglich sechs Liter verabreichen, theoretisch müsste man also für den Bedarf des Organismus vier Liter Milch geben. Welcher menschliche Magen kann jedoch vier Liter Milch ohne Widerwillen und Anstrengung ertragen? Aber wenn auch dem chemischen Gleichgewicht Genüge geleistet ist, so verhält es sich nicht so mit dem vitalen. Wir wissen nicht, ob das davon abhängt, dass das Eiweiss der Milch verschieden ist von dem Eiweiss anderer stickstoffhältiger Nahrungsmittel. Wenn man daher einem Albuminuriker Milch nicht als Nahrungsmittel, sondern als Medicament verschreibt, so muss dann die Anwendung überwacht werden, da sie auch schädlich sein kann. Im Allgemeinen ist es unzweckmässig, die Milch auch im Remissionsstadium des M. Brightii zu verschreiben, wenn die Kranken keine andere Störung als Eiweiss im Harne darbieten, wenn die Urinmenge vermehrt oder normal ist, Harnstoff und Harnsäure in regelmässiger Menge. Man wird in solchen Fällen mit einer Milchdiät die Spuren von Eiweiss nicht zum Schwinden bringen. Wenn durch die Milch der acute Reizungszustand der Niere geschwunden ist, und durch das Hervorrufen von Polyurie die Gefahr durch Ansammlung toxischer Substanzen im Blute beseitigt ist, so ist Alles geschehen, was sich thun lässt; wenn man mit der Milchdiät fortfährt, wird man die

Albuminurie nicht vollständig zum Schwinden bringen. Mit der fortgesetzten Milchdiät glaubte man der Gefahr zu begegnen, welche die durch eine mehr animalische Diät entstandenen toxischen Substanzen bedingen können, indem man als erwiesen annahm, was jedoch nicht der Fall ist, dass die Peptone, welche durch die Verdauung der Eiweissstoffe der Milch entstehen, nicht dieselbe toxische Umwandlung erfahren können, wie das Fleischeiweiss. Verff. führen sechs Fälle ihrer Beobachtung mit sehr kleinen Mengen von Eiweiss an, bei zweien bestand Albuminurie in Folge von Schrumpfniere. Bei diesen sank die Eiweissmenge bei Milchdiät auch nicht um ein Centigramm, die Kranken magerten ab, es entwickelte sich eine anämische Cachexie, welche erst durch eine mehr roborirende Diät gebessert wurde. Verff. widerrathen nicht die Anwendung der Milch bei der Albuminurie; richtig angewendet ist die Milch ein vorzügliches Mittel bei Nephritis, sie protestiren nur gegen den Missbrauch dieses kostbaren Mittels, wie es ohne Unterschied angewendet wird, sobald man Eiweiss im Urin findet. Die absolute Milchdiät soll nur angewendet werden, wenn eine absolute Indication vorliegt, die Urinsecretion anzuregen und Polyurie hervorzurufen, in erster Reihe bei allen acuten Nephritiden aus welcher Ursache immer, dann bei den acuten Exacerbationen des M. Brightii, aber auch in diesem Falle soll die Milch nicht über Gebühr gegeben werden; im Allgemeinen, wenn nach 8—10 Tagen Alles erreicht ist, was man mit diesem Medicament erreichen kann, muss man nach und nach zum normalen Regime zurückkehren und mit anderen Mitteln die Albuminurie bekämpfen.

491. ***Ueber die Anwendung des Bromoform und des Natriumnitrat als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken.*** *Von Angrisani. (Semaine méd. 1893. Nr. 15. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 35.)*

Verf. hat bei Patienten des Irrenhauses zu Nocera inferiora zu Italien eine Reihe von therapeutischen Versuchen mit Bromoform und Natriumnitrat ausgeführt. Diese Versuche haben u. A. ergeben, dass durch systematische Anwendung dieser Medicamente sich eine erfolgreiche Behandlung einer grossen Anzahl von Nervenaffectionen, welche nicht mit Geistesstörungen verbunden sind, durchführen lässt. Besonders bemerkenswerth sind die Ergebnisse, welche Verf. mit dem Bromoform hatte. Bekanntlich übt diese Verbindung eine hemmende Wirkung auf die Hustenstösse des Keuchhustens aus, eine Wirkung, die man sich so erklärt, dass man einen herabsetzenden Einfluss des Medicaments auf die erhöhte Reflexerregbarkeit der Nervenenden annimmt. Dies gab dem Verf. Anlass, das Medicament bei unruhigen Geisteskranken als Beruhigungsmittel anzuwenden, und zwar in folgender Form:

Rp. *Bromoform. gtts. 15—40,*
*Glycerin. 50,*
*Tinct. menthae piperit. gtts. 3.*

S. Im Laufe des Tages stündlich einen Kaffeelöffel zu geben.

Man beginnt zunächst mit einer Tinctur, welche 15 Tropfen Bromoform enthält, später gibt man alle 2 Tage 5 Tropfen zu und steigt so, bis die Tagesdosen von 30, ja selbst 40 Tropfen



erreicht sind. In dieser Weise angewandt, soll nach Verf. das Bromoform keine schädliche oder cumulative Einwirkung ausüben und auf das Allgemeinbefinden keinerlei schädigenden Einfluss ausüben. Zuweilen wird allerdings eine leichte Diarrhoe beobachtet, die indessen nach einigen Opiumdosen sofort verschwindet. Wie bemerkenswerth der beruhigende Einfluss des Medicaments ist, zeigt Verf. an einer Anzahl von ihm gemachter Beobachtungen. In einem Falle handelte es sich um eine Person, welche an intensiven maniakalischen Anfällen litt. Bromsalze in grosser Dosis, Chloral, Blutegel an dem Processus mastoideus u. s. w. hatten nicht den geringsten beruhigenden Erfolg. Es wurde nunmehr Bromoform in Tagesdosen von zunächst 15 Tropfen verabreicht, hierauf ging man zu stärkeren Dosen über, wie bereits erwähnt. Am nächsten Tage schon constatirte man zweifellose Besserung. Patient hatte zum ersten Male mehrere Stunden geschlafen, er war weniger aufgeregt, hatte allerdings noch seine Hallucinationen, am folgenden Tage fortschreitende Besserung. Patient nahm bereits wieder Speise zu sich und schlief auch ruhiger und länger. Am 6. Tage wurde er vollkommen ruhig. Er bat, das Medicament auszusetzen, da es ihm den Rachen verbrenne; man gab den Bitten nach, musste indessen nach einigen Tagen, da der Patient von Neuem Tobsuchtsanfälle bekam, wieder mit dem Bromoform beginnen.

Aehnliche Wirkung hat das Natriumnitrat, welches von dem Verf. bei 10 Geisteskranken angewendet worden ist. Die Tagesdosen des Medicaments betrugen 2—5 Grm. in einer grösseren Menge Wassers aufgelöst. Im Allgemeinen wurde dasselbe gut vertragen, zum Theil rief es indessen ein Gefühl von Schwere im Magen hervor, ein Symptom, welches vom Verf. in wirksamer Weise entweder durch zeitweilige Unterdrückung des Medicaments bekämpft oder auch dadurch beseitigt wurde, dass er die Verbindung in kleineren, aber häufigeren Dosen und in einer grösseren Menge Wassers gelöst, verabreichte. Unter der Einwirkung dieser Medicationen beobachtete Verf. bei seinen Patienten eine stetig fortschreitende Verminderung der Congestionen des Gesichts, der Häufigkeit des Pulses und der Spannung der Arterien. Ausserdem besserte sich die Intensität der Hallucinationen mehr und mehr, um schliesslich ganz zu verschwinden. Bei 2 von diesen Patienten, die an Epilepsie und Geistesstörung litten, verminderte sich die Häufigkeit der Anfälle nach Anwendung des Medicaments in Dosen von 6 Grm. pro die wesentlich. Endlich verzeichnet Verf. als bemerkenswerth, dass bei seinen 10 Kranken, bei welchen er dieses Medicament anwandte, eine erhebliche Verbesserung des Allgemeinbefindens und eine Zunahme der Körperkräfte eintrat.

492. ***Kumis bei unstillbarem Erbrechen.*** *Von G. Sharp. (Brit. med. Journ. 1893. Febr. — Therap. Monatsh. 1893. Mai.)*

In drei Fällen (Mitralinsufficienz, Puerperalfieber, Typhus mit Darmblutungen), bei denen das Erbrechen durch keines der üblichen Medicamente gestillt werden konnte, wurde durch Kumis ein rascher Frfolg erreicht. Die Erklärung der Wirkung findet der Verf. in dem Umstand, dass das Casein auf die gereizte Magenschleimhaut beruhigend wirke und erst in Duodenum ver-



daut werde, während das nur in geringen Mengen in der Milch enthaltene Serumalbumin in Säureeiweiss und Albumose verwandelt und leicht vom Magen verdaut werden könne. Die von den Eiweisskörpern gebundenen Alkohole, aromatischen Verbindungen und Kohlensäure sollen anästhesirend und zugleich leicht stimulirend wirken. Vorschrift für die Herstellung des Kumis: Man bringt in eine Bierflasche, die etwa 400 Grm. fasst, 0·5 Hefe, 4·0 gestossenen Zucker, 7·0 Milchzucker, 60·0 Wasser und füllt Milch bis zum Halse der Flasche auf. Nach tüchtigem Schütteln wird dieselbe fest verkorkt und bleibt 6 Stunden in der Küche, 48 Stunden an einem kühlen Ort liegen. Vor dem Gebrauche umschütteln, liegend aufzubewahren.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

493. ***Zwei Fälle von Graviditas extrauterina.*** *Von* ***M. Salin.*** *(Sabbatsbergs Årsberättelse. 1892, pag. 1.)*

494. ***Zwei Fälle von Eileiterschwangerschaft.*** *Von* ***W. Netzel.*** *(Sabbatsbergs Årsberättelse. 1892, pag. 148.)*

Im Krankenhause Sabbatsberg sind im Jahre 1891 vier Laparotomien bei Extrauterinschwangerschaften, je zwei von *Salin* und *Netzel* vollzogen worden, wovon drei günstig verliefen, während bei einer Operation der Tod in Folge schon vorher bestandener Septicämie erfolgte. Alle vier Fälle betrafen mit grösster Wahrscheinlichkeit Tubenschwangerschaften. Ueber die Frage der Indication der Laparotomie weichen die Ansichten der beiden schwedischen Gynäkologen ab. Während *Netzel* der Ansicht ist, dass bei völlig sichergestellter Diagnose einer Tubenschwangerschaft unter allen Umständen operirt werden soll, weil die in einer frühen Periode unter günstigen Vorbedingungen ausgeführte Operation mit weit weniger Gefahr verbunden ist, als sie die Extrauterinschwangerschaft durch Ruptur und Blutung mit sich bringt, vertritt *Salin* den von *Veit* innegehaltenen Standpunkt, wonach eine Operation nur indicirt sei, wenn in Folge von Berstung oder des schlechten Gesundheitszustandes der Kranken Gefahr droht. Doch scheint der erste Fall *Salin's*, in welchem anfangs nur eine Blutung innerhalb des Eisackes, mit Absterben des Fötus, dann aber 14 Tage später eine starke Blutung in die Peritonealhöhle und Eintritt des Fötus in die Fossa Douglasii stattfand, wodurch die dann mit günstigem Erfolge vollzogene Operation unbedingt nothwendig wurde, geeignet, das Abwarten in manchen Fällen für bedenklich zu erachten. Dass übrigens nicht jeder Fall von Extrauterinschwangerschaft unglücklich verläuft, beweist ein von *Salin* mitgetheilter Fall, wo ein faustgrosser Tumor rechts vom Uterus nach dem unter heftigen Schmerzen und reichlicher Blutung erfolgenden Abgange einer Decidua im Laufe eines halben Jahres vollständig resorbirt wurde. Die von beiden Autoren hervorgehobenen Schwierigkeiten der Diagnose sind um so grösser, wenn, wie in beiden Fällen *Netzel's*, die Menstruation fortdauert; doch kann der fortwährende schwarze Ausfluss bei gleichzeitiger Beobachtung einer anwachsenden Geschwulst im Becken von diagnostischer Bedeutung sein. Die längere

Beobachtung kann durch das wiederholte Eintreten extratubarer Blutungen Momente ermitteln, welche zur Unterscheidung von anderen Geschwülsten im Becken dienen können. Selbst intrauterine Schwangerschaft kann zu Verwechslung führen. In einem von *Salin* beiläufig mitgetheilten Falle, wo Tubenschwangerschaft diagnosticirt, die angerathene Operation aber abgelehnt wurde, kam einige Monate später spontan ein Achtmonatskind zur Welt, und es stellte sich dann heraus, dass ein Uterus duplex vorhanden war, in dessen rechter Hälfte die Gravidität stattgefunden hatte. Die Frau hat später noch zwei Schwangerschaften in der linken und einen in der rechten durchgemacht. In dem einen Falle von *Netzel* wurde der Coitus nicht eher eingestanden, bis die Frucht aus dem Bauche entfernt war. *Th. Husemann.*

495. ***Zur Wiederbelebung tief scheintodt geborener Kinder durch Schwingen.*** *Von Prof.* ***B. S. Schultze****, Jena. (Centralbl. f. Gyn. 1893. 15. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 37.)*

Der Erfinder der *Schultze*'schen Schwingungen sieht sich durch zwei in jüngster Zeit veröffentlichte Sectionsberichte veranlasst. für seine Methode einzutreten und die Vorwürfe, welche in jenen Berichten derselben gemacht sind, zu entkräften. Der erste dieser Sectionsberichte stammt von Prof. *Körber* in Dorpat. Ein in Schädellage tief asphyctisch geborenes Kind, an welchem vorher vergebliche Zangenextractionsversuche gemacht waren, und welches nach 10 Minuten langem Schwingen völlig todt war, zeigte bei der Section mehrere Leberrisse und Blutaustretungen an Leber und Nieren. Das Sectionsprotokoll sieht diese Risse als durch die Schwingungen hervorgerufen an. In dem zweiten von *Koffer,* Wien, vorgetragenen Falle wurde das mittelst hoher Zange tief asphyctisch geborene Kind durch Schwingungen zum Leben wieder gebracht. starb jedoch am 7. Tage ziemlich plötzlich. Die Obduction ergab Schädelfissuren, ein Hämatom der Leber und freies Blut in der Bauchhöhle. Auch *Koffer* ist der Ansicht, dass die Leberblutung Ursache der Schwingungen ist. Diesen Auffassungen gegenüber weist nun Verf. nach, dass Leberblutungen bei asphyctisch unter der Geburt gestorbenen Kindern ein ungemein häufiger Sectionsbefund sind. Sowohl *Rokitansky* (1842) wie *Forster* und *Weber* (beide 1854) betonen schon die Häufigkeit von Leberrissen und Blutergüssen im Leberparenchym oder unter der Kapsel. Alle drei sehen diese Leberblutungen als eine directe Folge der Asphyxie (Ueberfüllung des Leberkreislaufes) an, so dass also die Erklärung von *Körber* und *Koffer* direct widerlegt erscheint. Verf. weist sogar nach, dass das Schwingen auf die Blutüberfüllung der Leber einen hervorragend günstigen Einfluss ausübt, da dasselbe das Herz entleert und so den Rückfluss des Venenblutes aus der Leber in das Herz ermöglicht. Als einzige Contraindication gegen das Schwingen sieht Verf. die Fractur des Schlüsselbeines an. Sehr schwere Kinder (von 4 und 5 Kgrm.) zu schwingen, erfordert zwar mehr Geschicklichkeit und Kraft, sei aber — diese beiden Eigenschaften vorausgesetzt — durchaus zulässig. *Körber* stellt auf Grund seines Falles die Forderung, dass den Hebammen das Schwingen zu untersagen sei — ebenso, wie ihnen die Anwendung des Chloroforms ja verboten sei. Verf. ist ganz entgegengesetzter Ansicht.



Denn die Schwingungen nützen natürlich nur dann, wenn sie sofort in's Werk gesetzt werden. Bis zur Ankunft des Arztes damit zu warten, hiesse das Kind dem Tode verfallen lassen. Wenn in gar manchen Fällen es nicht gelinge, mittelst der Schwingungen das scheintodte Kind zu retten, so liege es eben daran, dass die während des Geburtsactes gesetzten Verletzungen (Blutungen in's Gehirn u. s w.) oder die Vollstopfung der Bronchiolen mit Fruchtwasser bereits irreparabel und zum Tode führend geworden sind. Das Kind ist dann eben an der intra partum erworbenen Asphyxie zu Grunde gegangen. Diese Thatsache werde auch forensisch noch nicht genug gewürdigt. Wenn ein Kind, das gelebt (geathmet) hat, einige Stunden oder Tage nachher stirbt, so hat der Richter als Laie leicht den Verdacht, dass der tödtende Einfluss auf das geborene Kind ausgeübt sei, während es meist nur den intra partum erworbenen Verletzungen erlegen ist. Die Schwingungen — sachgemäss ausgeführt — seien stets unschädlich.

496. ***Verwachsungen und Netzstränge im Leibe als Ursache andauernder schwerer Koliken.*** *Von Dr.* ***Carl Lauenstein.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLV. Heft 1. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 20.)*

Das gemeinsame klinische Kennzeichen der 10 mitgetheilten Fälle ist die schwere Unterleibskolik. Da positive Anhaltspunkte sehr spärlich sind, so ist vor Allem eine genaue Exclusionsdiagnose nöthig; bemerkenswerth ist der fieberlose Verlauf, dann dass das ganze Bild mehr den Eindruck eines schweren Leidens als den des Marasmus hat. Von grosser Bedeutung können die subjectiven Beschwerden, insbesondere die Schmerzen an bestimmten Stellen des Leibes sein. Dennoch gibt es gewisse Fälle, in denen man nicht einmal eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose wird stellen können und wo dann als letztes diagnostisches Hilfsmittel die Probeincision übrig bleibt. Was die einzelnen von Verf. mitgetheilten Fälle betrifft. so war bei dem ersten das Colon transversum nahe der linken Colonflexur bis auf Fingerdicke durch einen etwa fingerbreiten Netzstrang zusammengeschnürt. Beim zweiten Falle waren die Erscheinungen durch eine abnorme Verbindung der Gallenblase mit dem Magen bedingt. Der Magen zerrte an der Gallenblase oder am Ductus cysticus, brachte diesen zur Abknickung und führte zu heftigen Koliken, falls die Gallenblase gerade angefüllt war, oder die Gallenblase zerrte am Magen und bewirkte Erbrechen. Bei der dritten Patientin hing der Magen in seinem Pylorustheile durch einen etwa bleifederdicken Netzstrang mit dem obersten Theile des Jejunums zusammen, ferner fand sich ein straffer Netzstrang von der Mitte des Colon transversum zum Cöcum verlaufend. Bei der vierten Kranken zeigte sich Einschnürung in der Pylorusgegend durch einen halbfingerdicken Netzstrang, der vom scharfen Rande des linken Leberlappens in schräger Richtung von links und oben nach rechts und unten bei einem Magenansatz des Lig. gastrocolicum verlief. Im fünften Falle war das Colon transversum in seiner Mitte durch kurze, straffe, etwa 4 Finger breite Adhäsionen mit dem Colon ascendens nahe oberhalb des Cöcum verbunden. ferner die Gallenblase durch eine zwei Fingerglieder lange membranartige Verwachsung nach links hin mit dem Colon transversum

verbunden. Aehnliche Verhältnisse waren in weiteren fünf Fällen. In allen wurden die fixirenden Membranen durchschnitten, die straffen Stränge aber exstirpirt. Ein Fall endete tödtlich, in allen anderen wurden die Kranken von ihrem Leiden durch die Operation befreit.

497. ***Zur Lehre vom Nabelschnurbruch und seiner Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Fortschritte des letzten Decenniums (1882—1891).*** *Von* ***A. O. Lindfors****, Lund (Schweden). (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 63. Neue Folge. Januar 1893. Leipzig. Breitkopf u. Härtel.)*

Der Haupttenor der literarisch und casuistisch sehr fleissig zusammengestellten belehrenden Arbeit ist gegen die allzu schlimme Prognose und passive Therapie bis in den Anfang der Achtziger-jahre und von mancher Seite auch noch jetzt gerichtet. Als Resumé der Auseinandersetzung glaubt der Autor folgende Sätze aufstellen zu dürfen: 1. Die Radicaloperation, und besonders die einfache Laparotomie mit Exstirpation des Sackes und Vernähung der angefrischten Wundränder ist die beste Behandlungsmethode des Nabelschnurbruches; sie ist in den meisten Fällen ausführbar, sie ändert mit einem Schlage die Situation zu der einen reinen Bauchwunde; sie gibt absolut und relativ die beste Prognose. 2. In einzelnen Fällen können auch noch exspectative Methoden und besonders der einfache Schutzverband oder die Ligatur zur Anwendung kommen oder indicirt werden. Diese Fälle bleiben jedoch in der Minderheit. 3. Auch bei diesen Methoden liegt ein Hauptgewicht auf der Anwendung von anti- oder aseptischen Mitteln. 4. Es ist nicht mehr verantwortlich, ein im Uebrigen gesundes Kind mit Nabelschnurbruch ohne Behandlung zu lassen.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

498. ***Die Behandlung der Osteomalacie.*** *Von* ***R. Labusquière****. (Annal. de Gyn. 1893, pag. 41. — Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Die Behandlung der Osteomalacie kann entweder medicamentös oder chirurgisch sein. Erstere ist grösstentheils älteren Datums und meist bekannt; sie besteht in einer zweckmässig regulirten Diät *(Bouchard)*, in der Darreichung von Leberthran mit oder ohne Phosphor *(Trousseau, W. Busch, Sternberg)*, endlich auch in galvanischer Behandlung *(Marocco)*. Die chirurgische Behandlung ist jüngeren Datums. Man hatte beobachtet, dass nach der Uterus-exstirpation nach *Porro* wegen Gravidität bei Osteomalacie letztere später zur Heilung gelangte, und dies brachte *Fehling* (1887) auf den Gedanken, durch Castration auch nicht schwangerer Osteo-malacischer die Krankheit zu heilen. Seitdem ist die Operation öfters und fast immer mit Erfolg ausgeführt worden. *Kummer* konnte bis Ende 1891 bereits 38 glücklich verlaufene doppelseitige Castrationen wegen Osteomalacie zusammenstellen, denen *Beer* im Jahre 1892 den 39. Fall hinzufügte. Hier handelte es sich jedoch um eine Uterusexstirpation nach *Porro*. Auf Grund seiner Beobachtungen kommt *Fehling* zu einer neuen Theorie über das Wesen der Osteomalacie. Hiernach entsteht die Krankheit durch eine pathologische Hyperactivität der Ovarien. Es sollen dadurch reflectorisch die Gefässdilatatoren der Knochen beeinflusst werden, wodurch es zunächst zu passiver Hyperämie und später zur Resorption der



Knochenelemente kommen soll. Indem die Castration die Ursache dieses Reflexvorganges entfernt, soll es wieder zur Castration der Knochengefässe und Heilung kommen. Gegen diese Auffassung sprechen allerdings manche Erfahrungen, so die nach medicamentöser Behandlung und einfacher Sectio caesarea beobachteten Heilungen, das Vorkommen der Osteomalacie beim Manne etc. Verf. ist der Ansicht, dass es verschiedene Formen der Osteomalacie gibt, die ähnlich wie Albuminurie, Diabetes, Arteriosclerose etc. aus verschiedenen Ursachen entstehen kann. Thatsache bleibt jedenfalls, dass die Castration jede Form der Osteomalacie heilen kann, und man ist berechtigt, wenn die medicamentöse Therapie im Stiche lässt, zur Operation als Heilmittel zu greifen. Handelt es sich um Gravidität, so hat man die Wahl, die Operation nach *Porro* auszuführen, oder, wie *v. Velits* vorgeschlagen, die Sectio caesarea in Verbindung mit der Castration auszuführen.

499. ***Behandlung bei schweren Verletzungen der Gliedmassen.*** *Von P. Reclus. (Gaz. des hôp. 1893. 17. — Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Bei schwereren Verletzungen der Gliedmassen, wie Eisenbahnzermalmungen, Maschinenverletzungen etc., verwirft Verf. die primäre Operation (Amputation oder Exarticulation) aus verschiedenen Gründen. Erstens verweist er auf den bestehenden Shock, der durch die Operation nur noch verstärkt wird; zweitens ist es unmöglich, in dem frisch zermalmten Gewebe das Lebensfähige von dem der Necrose Verfallenen zu unterscheiden. Man soll daher bei jeder derartigen Verletzung conservativ bis zum Aeussersten verfahren. Verf. befolgt folgende Grundsätze: Der Verletzte wird in warme Tücher eingehüllt und erhält eine Subcutaninjection von Coffeïn, Aether oder künstlichem Serum. Hierauf wird der verletzte Körpertheil gereinigt und desinficirt; dies geschieht durch energische Irrigation mit sterilisirtem Wasser, das 55—60° C. heiss sein muss. Hiermit werden alle Buchten und Winkel ausgespült; die hohe Temperatur hat den dreifachen Vortheil, blutstillend, desinficirend und erwärmend zu wirken. Hierauf werden alle erreichbaren Wundwinkel mit schwacher Jodoformgaze oder mit einer Gaze, die mit antiseptischer Salbe (aus Borsäure, Antipyrin, Salol oder Jodoform bestehend) getränkt ist, ausgestopft und schliesslich das Glied in Watte eingehüllt und verbunden. Nach Ablauf von 4 Wochen pflegt die Scheidung des Abgestorbenen vom Gesunden beendet zu sein, und ein Sägeschnitt genügt gewöhnlich, um die noch eventuell indicirte Amputation zu beenden. Die Weichtheile, welche in Granulation sich befinden, heilen hernach schnell zusammen.

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

500. ***Epitheliom der Zunge, erfolgreiche Behandlung durch Elektrolysis.*** *Von Dr. E. Draispul. (Journ. of laryngol. Bd. VII. Heft 2. — Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Bei einem 25jährigen Manne, der an Tuberculose der Lungen litt, hatte sich am rechten Zungenrande ein grosses Geschwür entwickelt, welches zuerst als tuberculös betrachtet, späterhin



als exulcerirtes Epitheliom diagnosticirt wurde. Wegen des Zustandes der Lungen wurde eine Operation unter Chloroform für unthunlich gehalten, und das Geschwür, welches bereits zu Drüsenschwellungen am Halse geführt hatte, elektrolytisch behandelt. Es wurde auf diese Weise innerhalb von 4 Wochen zerstört und zur Vernarbung gebracht. Inzwischen waren auf dem Zungenrücken zwei graue Knötchen sichtbar geworden, welche galvanokaustisch zerstört wurden. Nach wenigen Wochen aber hatten sich an ihrer Stelle zwei Ulcerationen entwickelt, die ihrerseits erst wieder durch Elektrolyse zur dauernden Vernarbung gebracht wurden. Merkwürdig war noch besonders das vollständige Verschwinden der Drüsenschwellungen ohne jeden weiteren Eingriff, eine schon von *Groh* bei der Elektrolyse beobachtete Thatsache. Verf. gibt der Elektrolyse den Vorzug vor der Galvanokaustik, weil sie weniger schmerzhaft ist, geringere Reaction erzeugt und quoad recidivum nachhaltiger wirkt.

501. ***Ein Fall von tuberculöser Geschwulst in den Vierhügeln mit Ophthalmoplegia bilateralis.*** *Von Dr.* ***Goldzieher.*** *(Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. Febr. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. 5.)*

Ein 5jähriger Knabe erkrankte Ende Januar 1891 unter hohem Fieber, mit Anschwellung des Gesichts und Zahnschmerzen. Seitdem Abmagerung, schwankender, dann taumelnder Gang, Schlafsucht. Dazu Lähmung sämmtlicher vom N. III versorgten Augenmuskeln. Pupille und Accommodation, Sehschärfe, Augenhintergrund und übrige Hirnnerven normal. Der Augenbefund blieb unverändert, die Schlafsucht wurde (April 1891) geringer und wich einem apathischen Zustand, häufig unterbrochen von Convulsionen. Tod 23. Mai 1891. Die Section ergibt einen haselnussgrossen Solitärtuberkel im Corpus quadrigeminum bei makroskopisch normalem centralen Höhlengrau. Aquaeductus Sylvii etwas verengt. Verf. zieht folgende Schlüsse: 1. Ein das ganze Gebiet der Vierhügel einnehmender Tumor braucht nicht mit Blindheit verknüpft zu sein. 2. Eine typische, sogar mit Schlafsucht einhergehende Ophthalmoplegia exterior totalis *(Mauthner)* braucht nicht durch primäre Veränderungen in den centralen Oculomotoriuskernen bedingt zu sein. 3. Ophthalmoplegie, combinirt mit Schwanken und Coordinationsstörungen in den unteren Extremitäten, gestatten auf den Sitz der Erkrankung in den Vierhügeln einen Schluss zu ziehen. 4. Spastische Zuckungen in den Extremitäten, verknüpft mit allgemeinen epileptiformen Convulsionen, können durch Vierhügelläsionen allein verursacht werden.

502. ***Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillen-Erkrankungen.*** *Von Prof. v.* ***Ziemssen.*** *Vortrag am XII. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 35.)*

Die Injectionen von Carbolsäurelösungen bei Halsaffectionen sind früher schon empfohlen worden. Diese antiseptische Behandlung ist um so wichtiger, als die gewöhnlichen Anginen sicher infectiös sind. Die Resultate vom Verf. bei dieser Methode sind vorzügliche. Man spritzt $\frac{1}{2}$ Ccm. von 2⁰/₀iger Lösung in jede Tonsille und erreicht damit einen prompten Effect. Die Angina



ist mit einem Schlage erledigt. Diese prompte Wirkung ist eine neue Stütze für die infectiöse Natur der Angina catarrhalis. In der darauffolgenden Discussion bestätigt *Sahli* die Erfahrungen Verf.'s. Er hat bei Diphtherie Versuche mit Jodtrichlorid gemacht, das verhältnissmässig ungiftig sei. Die noch nicht abgeschlossenen Erfahrungen scheinen zu Gunsten der Injectionen zu sprechen. Bei dem Trichlorid seien aber 1⁰/₀₀ige Lösungen anzuwenden. *Heubner* wendet die Injectionen bei Scharlachangina mit vorzüglichem Erfolge seit 13 Jahren an. Schliesslich theilt Verf. noch mit, dass er einen Fall von subacuter Sepsis im Anschluss an eine Halsaffection, die 3 Wochen dauerte, mit Injectionen günstig beeinflusst habe.

---

# Dermatologie und Syphilis.

503. ***Gumma hypophysis cerebri.*** *Von Dr.* ***Barbacci.*** *(Lo Sperimentale. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 236.)*

Verf. fand bei der Obduction einer 41jährigen Frau, welche seit Jahren vollständig blind war und deren Tod in einem comatösen Zustand erfolgte, die Hypophysis cerebri in einen haselnussgrossen Tumor verwandelt, welcher aus einer harten, grauen, durchscheinenden Masse bestand, die auf der Schnittfläche einzelne consistentere, gelblich weisse, opake Punkte erkennen liess. Unter dem Mikroskope erschienen die grauen, durchscheinenden Partien aus einem bindegewebigen Stroma zusammengesetzt, in welches runde. den Leucocyten gleichsehende Zellen und kleine, rundliche Kerne eingelagert waren. Die gelblich-weissen, opaken Punkte stellten Zonen käsiger Necrose dar und bestanden aus körnigem Detritus, der mit Fetttröpfchen vermengt war. An der Innenseite der Dura mater, entsprechend dem rechten Stirnlappen, und zwar der Spitze der zweiten und dritten Stirnwindung, fand sich eine neoplastische Masse, deren histologische Structur mit jener der oben beschriebenen Geschwulst übereinstimmte. Die Geschwulst der Hypophysis cerebri hatte Compression des Chiasma nervorum opticorum und der Tractus optici mit consecutiver Atrophie der letzteren bedingt. Aus den Ergebnissen der histologischen Untersuchung, in deren Details wir uns nicht einlassen können, zieht Verf. den Schluss, dass die von ihm beschriebene Geschwulst als ein Gumma der Hypophysis cerebri angesehen werden müsse.

504. ***Ueber Icterus und acute Leberatrophie bei Syphilis.*** *Von Prof.* ***Senator.*** *Vortrag am XII. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 18.)*

Fast unbekannt sind in Deutschland frühsyphilitische Lebererkrankungen und Icterus. Dagegen sind dieselben in Frankreich des Oefteren beobachtet. Der Icterus verläuft ganz wie ein gewöhnlicher catarrhalischer, doch ist er hartnäckig gegen jede nicht specifische Therapie. In Deutschland liegen nur Beobachtungen von *Engel-Reimers* vor. Eigene Erfahrungen stehen Verf. nicht zu Gebote, an dem Vorkommen des luetischen Icterus aber kann kein Zweifel bestehen. Seine Entstehung wird verschieden erklärt. *Gubler* vermuthet in Analogie zu den Exanthemen ein Exanthem. *Cornil* und *Lancereaux* nehmen eine Drüsenschwellung in der Porta

hepatis an, ebenso *Engel-Reimers*. Verf. neigt mehr zu der *Gubler*schen Anschauung und ist für die Annahme einer entzündlichen Schwellung der Darmschleimhaut. Wichtig noch ist das Auftreten der gelben Leberatrophie bei Syphilis. *Engel-Reimers* sah 3 Fälle, Verf. 2 Fälle in sehr charakteristischen sicheren Beobachtungen. Ein Fall ist ganz geheilt, trotz schwerster intercurrenter Krankheiten. Die Diagnose ist trotzdem sicher. Es gibt auch sonst noch geheilte Fälle von acuter Leberatrophie, z. B. von *Leube*. Auch theoretisch genommen ist eine Heilung möglich. Mit diesen 2 Fällen vom Verf. existiren in der Literatur erst 9 Fälle von dieser Leberaffection bei Frühsyphilis. Sie betreffen 2 Männer und 7 Frauen. Es ist keine Intoxication mit Quecksilber anzunehmen, wie eingeworfen wird. Die Lues setzt eine Disposition zu Icterus, der manchmal perniciös wird. In der folgenden Discussion bemerkt *Naunyn*, dass er auch einen solchen Fall gesehen hat, denkt aber bei der Beurtheilung desselben und ähnlichen Beobachtungen immer an Phosphorvergiftungen. *Fleischauer* secirte einen Fall von frühsyphilitischem Icterus; es fand sich ein grosses Gumma in der Leber und grosse Schwellung der portalen Drüsen. *Bauer* sah einen Fall von geheilter Leberatrophie, der nach 3 Monaten an Miliartuberculose starb. Die Section zeigte völlige Destruction der Leber. *Quincke* verfügt über drei bis vier Beobachtungen von frühsyphilitischem Icterus. Die gastrischen Erscheinungen sind dabei sehr gering. *Quincke* glaubt mehr an eine Compression des Ductus choled. durch geschwollene Drüsen.

505. ***La syphilis tertiaire du testicule (Forme scléreuse).*** *Von* ***Fournier****. (Gaz. des hôp. 1892. 24. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 250.)*

Auffallend bei einem doch tertiären Symptom ist zunächst das frühe Auftreten, schon im 2. oder 3. Jahre, allerdings hat Verf. auch noch nach 30 Jahren Fälle gesehen. Die Affection befällt in drei Viertel der Fälle nur den Hoden, in ein Viertel auch den Nebenhoden, ist zu Beginn stets einseitig, um im Verlauf, falls keine Behandlung eintrete, auch den anderen Hoden zu ergreifen. Stets schmerzlos und schleichend beginnend, wird sie oft nur zufällig entdeckt. Bei der Untersuchung findet man einen mässig grossen, den Contouren des Hodens entsprechenden, harten Tumor, an dessen Oberfläche man bei Berührung kleine harte Erhabenheiten fühle; am auffälligsten ist die absolute Schmerzlosigkeit. Der Durchschnitt des erkrankten Hodens zeigt Wucherung des interstitiellen Bindegewebes mit allmäliger Atrophie des eigentlichen Hodengewebes dar. Auch um den Hoden herum entwickle sich eine Wucherung interstitiellen Gewebes, welche die Tunica vaginalis ausfüllt und — in den Fällen, in denen der Nebenhoden betheiligt ist — den Nebenhoden mit umspannt. Abweichungen von der Regel, welche nicht selten vorkommen, sind Combination mit Hydrocele oder entzündlicher Beginn der Affection. Die Symptome von Seiten des Genitalapparates sind allmälig eintretende und langsam sich steigernde Impotentia coëundi et generandi. Differentialdiagnostisch sei eigentlich nur das Carcinom in Betracht zu ziehen, da sowohl gonorrhoische Epididymitis, wie Tuberculose nicht mit dieser Affection zu verwechseln seien; aber auch hier



wird wohl meist die Einseitigkeit, die lancinirenden Schmerzen, die verschiedene Resistenz bei Carcinom die Diagnose erleichtern. In zweifelhaften Fällen wird der Erfolg, respective Nichterfolg einer specifischen Behandlung für das Eine oder Andere sprechen. Ausgezeichnet ist der Erfolg des Jodkaliums, welches man bei alten, nicht genügend behandelten Fällen mit dem Gebrauch einer Hg-Cur. combiniren könne.

506. ***Ueber mehrere directe und indirecte Behandlungsmethoden der Blennorrhoe.*** *Von* **Cangiano**. *(Il Morgagni. 1892. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 687.)*

Gegen acute und subacute Gonorrhoe empfiehlt Verf. folgende Lösung:

Rp. *Acid. Carbolic. pur.* *0·5—1,*
*Glycerin.* *5—10,*
*Aq. dest.* *100.*
S. Injection (3—4mal täglich)

oder:

Rp. *Acid. carbolic. pur.* *1·5—2,*
*Sulf. Zinc.* *0·5—1,*
*Glycerin.* *10—15,*
*Aq. dest.* *200.*
S. Injection.

Bei chronischer Gonorrhoe verschreibt er:

Rp. *Acid. carbolic. pur.* *0·5—1,*
*Sulf. Zinc.* *1·5—2,*
*Glycerin.* *10—20,*
*Aq. dest.* *200.*
S. Injection.

Innerlich verordnet Verf. Copaivbalsam nach *De Amicis'* Formel:

Rp. *Bals. copaiv.* *25,*
*Piper. nigr. recent. pulv.* *20,*
*Magister. bismuth.* *3,*
*Spir. menth. piper. gtt.* *15,*
*Magnes. ustae q. s. ut fiant boli Nr. LX.*
S. 6—12 Stück täglich zu nehmen

oder:

Rp. *Bals. copaiv.* *20,*
*Magister. bismuth.* *5,*
*Magnes. ustae q. s. ut fiant. boli Nr. XL.*
S. 10—12 Stück täglich zu nehmen.

507. ***Zur Diagnose einer Form von intracranieller Syphilis.*** *Von* **L. C. Gray**. *(Amer. Journ. of the med. sciences. 1892. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 15.)*

In den meisten dem Verf. zur Beobachtung gekommenen Fällen von intracranieller Syphilis fanden sich periodische, meist bei Nacht auftretende, aber auch Vormittags und Nachmittags mitunter sich zeigende Kopfschmerzen und eine ausgeprägte Insomnie. Traten im weiteren Verlaufe der Krankheit Lähmungs- oder Krampferscheinungen auf, so verschwanden Kopfschmerz und Schlaflosigkeit fast plötzlich. Verf. glaubte deshalb, dass diese beiden Symptome bei so charakteristischem Verhalten als ein dia-

gnostisches Merkmal der intracraniellen Syphilis gelten können und hält es weiterhin, nach seinen Erfahrungen, für ein sehr verdächtiges Zeichen, wenn bei einer Person unter 40 Jahren mit oder ohne Kopfschmerz und Schlaflosigkeit eine Hemiplegie sich entwickelt. Einen Fall, in dem blos Kopfschmerz und Schlaflosigkeit, in der charakteristischen Weise auftretend, die Hirnsyphilis anzeigte, hat Verf. noch nicht secirt; dagegen überzeugte er sich, dass jedesmal bei einer energischen antisyphilitischen Cur diese Erscheinungen schwanden. Er hält es darnach für sehr wahrscheinlich, dass die Etablirung eines Gumma in den Meningen zu diesen Symptomen Veranlassung gibt.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

508. ***Bacteriologische Studien über eine Reihe von Todesfällen in der Irrenanstalt Gaustad.*** *Von **Peter F. Holst**, Christiania. (Nordiskt med. Ark. 1892. Bd. XXIV. 5.)*

Die Thatsache, dass bei gewissen Fleischvergiftungen, die unter den Erscheinungen der Magendarmentzündung verlaufen, Bacterien im Spiele sind, ist in den letzten Jahren mehrfach erwiesen. *Gärtner* in Jena hat bei einer derartigen Vergiftung einen Bacillus aufgefunden, dem er den Namen Bacillus enteritidis beigelegt hat. Völlig verschieden von diesem und den bisher beschriebenen Enteritisbacillen ist eine vom Verf. in den Leichen mehrerer Personen aufgefundene, welche in der bei Christiania belegenen Irrenheilanstalt Gaustad im Juni 1891 im Laufe einer zweifellos von einem Kalbsbraten ausgehenden Massenvergiftung zu Grunde gingen. Die Epidemie umfasste nahezu 70 Personen, von denen die ersten am Tage nach der verdächtigen Mahlzeit erkrankten, und endete mit 4 Todesfällen. Die Krankheit trat als acute Gastroenteritis mit allgemeinem Unwohlsein, Meteorismus, Brechen, Diarrhoe, Fieber, bei Einzelnen auch mit Cyanose, Albuminurie, Herpes faciei und bei langsamerem Verlaufe mit Abschuppung der Haut auf; sie hielt meist einige Tage an, doch war die Reconvalescenz stets sehr langwierig. Bei der Section der vier Verstorbenen fanden sich ausser Magendarmentzündung kleine Ecchymosen in den serösen Häuten und in einem Falle zahlreiche, tiefe Ulcerationen im Dickdarm; die Milz war nicht geschwollen. Die chemische Untersuchung der Eingeweide und des verdächtigen Kalbsbratens ergab negatives Resultat; dagegen wurde in der Milz in drei Fällen ein kleiner Bacillus und ein ganz ähnlicher in dem vierten Falle in den Darmgeschwüren mikroskopisch und durch Culturen constatirt. Die Reinculturen gaben besonders bei Inoculationsversuchen an Kaninchen positives Resultat; es traten heftige Diarrhoen ein und in einzelnen Fällen kam es zu Darmgeschwüren, die voll von Bacillen waren. Die Reinculturen des aus dem Herzblute erhaltenen Bacillus ergaben die Bildung eines Giftes, das, in die Ohrvene injicirt, auf Kaninchen tödtlich wirkte. Der Bacillus ist von sehr wechselnder Länge, entwickelt sich in



den gewöhnlichen Culturmedien sehr rasch und verflüssigt Gelatine nicht. Immer bleibt es unaufgeklärt, weshalb der Kalbsbraten den Bacillus nicht enthielt. *Th. Husemann.*

509. ***Ueber Fleisch- und Fettmästung des Menschen.*** *Von* ***Krug.*** *Vortrag in der Berliner physiologischen Gesellschaft, 17. Februar 1893. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 9.)*

Es ist bis jetzt nicht erwiesen, ob man den ausgewachsenen gesunden Menschen durch Uebererernährung auf Fleisch, d. h. Zunahme der lebenden Zellen, mästen kann. Es liegen nur einige Versuche bei Reconvalescenten vor; dass diese sehr begierig Fleisch ansetzen, sobald ihnen eine einigermassen reichliche Nahrung geboten wird, ist bekannt. Wie die Dinge beim Gesunden liegen, ist niemals untersucht. Bei Verf. wurden durch reichliche Uebererernährung (Nahrung = 71 Cal. pro Körperkilo) an 15 Tagen im Mittel je 3·0 Grm. N im Körper zurückbehalten, entsprechend circa 20 Grm. Eiweiss am Tage. Es liess sich berechnen, dass von der gesammten, im Nahrungsüberschuss enthaltenen potentiellen Energie nur circa 5% im Eiweiss und circa 95% im Fett aufgespeichert wurden. Die Möglichkeit der Fleischmast ist also beim Menschen eng begrenzt. Um jenen verhältnissmässig kleinen Gewinn für den Eiweissvorrath zu erzielen, waren Nahrungsmengen nöthig, welche nur vorübergehend und mit Widerstreben genossen werden konnten. Unter Klarlegung der wichtigsten Beweisgründe betont Verf., dass auf die Dauer Fleischmast viel mehr eine Function des Zellenwachsthums und der Zellenarbeit sei, als des Nahrungsüberschusses. Dieser führe im Wesentlichen nur zu Fettmast. Bei Thieren liegen die Dinge ähnlich: wenn die Viehzüchter fleischreiche, muskelstarke Thiere erzielen wollen. so verlassen sie sich viel mehr auf die künstliche Zuchtmast als auf die Zusammensetzung und die Masse des Futters. Durch Uebererernährung auf Fleisch zu mästen, gilt bei den Züchtern als durchaus unrentabel.

510. ***Zur Aetiologie des stenocardischen Anfalles.*** *Von Dr.* ***Masiny.*** *Vortrag im deutsch-ärztlichen Verein zu St. Petersburg. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 18.)*

Verf. demonstrirt das Herz eines kürzlich in seinem 62. Lebensjahre unter stenocardischen Anfällen verstorbenen Mannes. Das Herz von annähernd normalen Grössenverhältnissen, Wand des linken Ventrikels etwas verdickt mit Ausnahme einer silberrubelgrossen Stelle an der Herzspitze, wo die Musculatur ganz fehlt und Peri- und Endocard nur durch ein wenige Millimeter dickes Bindegewebe getrennt sind. Klappen und Ostien alle normal; unmittelbar über den Aortenklappen an einer Stelle der Intima aortae eine fingernagelgrosse circumscripte atheromatöse Auflagerung. Der Beginn der Coronararterien nicht verengt, aber bald im weiteren Verlaufe sind Verdickungen der Wand bis fast zum Verschluss des Lumens und an einzelnen Stellen atheromatöse Ulcerationen da. Bemerkenswerth ist dieser Befund nur im Zusammenhange mit der Beobachtung intra vitam. Vor 15 Jahren hatte der Verstorbene einen stenocardischen Anfall, wo er stundenlang mit dem Tode rang. Es dauerte ein halbes Jahr, ehe die bedrohlichen Symptome der Herzschwäche vergingen. Gewiss hatte sich damals in einem grossen Aste der Coronaria ein Thrombus



gebildet, der die Necrose des betreffenden Abschnittes der Herzwand veranlasst hat. Somit hatte der Verstorbene noch 15 Jahre mit dem so veränderten Herzen sein thätiges und aufregendes Leben als höherer Bankbeamter geführt.

511. ***Struma tuberculosa.*** *Von Prof.* ***P. Bruns.*** *(Beitr. zur klin. Chir. Bd. X. — Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Dass die an und für sich sehr seltene Tuberculose der Schilddrüse in Form eines umfangreichen Kropfes auftreten kann, ist bisher noch nicht beobachtet. Der vom Verf. untersuchte Fall ist deshalb von allgemeinem Interesse, weil das klinische Bild ganz ähnlich dem einer Struma maligna war: ein vorher weicher und wenig umfänglicher Kropf wird in seiner einen Seitenhälfte derb, etwas höckerig und wächst rasch heran, während zugleich Schmerzen in der Geschwulst und Schwellung der benachbarten Lymphdrüsen hinzutreten. Die Schilddrüse war mit grösseren Tuberkelknoten durchsetzt — eine Form der Schilddrüsentuberculose, die, abgesehen von der hier nicht in Betracht fallenden Miliartuberculose, ausserordentlich selten ist. Es sind nur 6 Fälle bekannt geworden.

512. ***Angeborener Verschluss eines Nasenloches.*** *Von Dr.* ***O. Hovorka Edler v. Zderas,*** *Assistent am k. k. anatomischen Institute zu Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 40. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 4.)*

Verf. fand an der Leiche eines an Lungentuberculose gestorbenen Mannes, in dessen Anamnese kein die Nase betreffendes Trauma vorkommt, folgende Verhältnisse: Schiefstand der etwas eingesattelten Nase, die jedoch anders geformt ist, als die syphilitischen Sattelnasen, bedeutende Unregelmässigkeit des übrigen Gesichtsskelettes, Verschluss des rechten Nasenloches durch eine trichterförmige, derbfibröse, mit Härchen tragender Epidermis bekleidete Membran, keinerlei Spuren eines Trauma oder destructiven Processes, aber geringe Deviation des Septum, Synechien und eine Crista lateralis vomeris. Da nach Angabe der Mutter des Verstorbenen derselbe schon als Säugling eine Anomalie der Nase zeigte, Residuen eines Trauma oder ulcerativen Processes, wie Narben, Fracturen, Callus fehlen, glaubt Verf. vorliegende Abnormität für eine in der späteren Embryonalzeit entstandene, vielleicht eine epitheliale Verklebung halten zu dürfen.

513. ***Klinische Untersuchungen über Kropf, Kropfoperation und Kropftod.*** *Von Prof.* ***R. U. Krönlein.*** *(Beitr. zur Chir. Bd. IX. — Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Der Kropftod ist nach Verf. ein Erstickungstod; acute Erstickungsanfälle, die unvermuthet in der Nacht auftreten, gehen gewöhnlich voraus. Die Ursache liegt nicht in Innervationsstörungen der Glottismuskeln, sondern in der „plötzlichen Steigerung des Kropfdruckes gegen die an Stelle des höchsten Druckes nachgiebigere (weichere) Trachealwand, wodurch der Luftweg, vorher schon verengt, vollends verlegt wird“. Dieser erhöhte Kropfdruck kommt, abgesehen von einer Dislocation und folgenden Einklemmung der Struma, gewöhnlich durch eine forcirte, vom Willensimpuls unabhängige Athemmechanik zu Stande, an der die Respirationshilfsmuskeln theilnehmen. Die Mm. sterno-hyoidei und sterno-thyreoidei besonders drücken die Kropfgeschwulst gegen die Luftröhre; je grösser die



Athemnoth, um so stärker die Contraction der Hilfsmuskeln, um so energischer die Luftröhrencompression — ein Circulus vitiosus. Dazu kommt noch, worauf Verf. speciell sein Augenmerk gerichtet hatte, dass bei Fällen mit lange bestehender chronischer Dyspnoe diese Muskeln stets hypertrophisch waren! Die Erstickungsanfälle können ausgelöst werden durch eine bequeme Lage, durch etwas Schleim in der Trachea, durch schreckhaftes Auffahren im Traum etc.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

514. ***Ueber die Selbstmorde in den europäischen Heeren.*** *(Arch. de méd. et pharm. mil. 1892. Nov. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. 5.)*

In der österreichischen Armee gehen jährlich mehr Menschen an Selbstmord zu Grunde, als an Typhus oder Pneumonie. Die Zahl ist beständig im Steigen begriffen. Während im Jahre 1869 85 Selbstmorde auf 100.000 Mann kamen, kommen in den letzten 6 Jahren durchschnittlich 131 auf 100.000. In der deutschen Armee wechselt die Zahl der Selbstmorde zwischen 61 und 67 auf 100.000 Mann. in Italien kommen durchschnittlich jährlich 40 Fälle auf dieselbe Menschenzahl. In der französischen Armee zeigen sich beträchtliche Unterschiede, je nachdem es sich um europäische oder afrikanische Truppenabtheilungen handelt. In letzteren steigt die Zahl der Selbstmorde bis zu 63 auf 100.000, während in Frankreich selbst nur 29 Fälle vorkommen. Belgien weist 24, England 23 (die englischen Truppen in Indien jedoch 48), Russland 20 und Spanien nur 14 Selbstmordfälle auf 100.000 Mann auf. In allen Armeen, ausser der österreichischen, ist die Zahl der Selbstmorde in langsamer, aber stetiger Abnahme begriffen. Die meisten Selbstmorde in allen Armeen kommen während der Recrutenzeit vor; nur in England stellen die Soldaten mit mehr als 10jähriger Dienstzeit das grösste Contingent. In Deutschland findet die Hälfte aller Selbstmorde im ersten Dienstjahr, in Oesterreich im ersten halben Jahr, oft sogar in den ersten Monaten statt. Unter den Officieren kommen relativ doppelt soviel Selbstmorde vor, als unter den Mannschaften. Fast überall stellt das Traincorps die grösste Zahl von Selbstmordfällen; die Infanterie nimmt überall eine Mittelstellung ein. Ganz eigenthümlich ist es, dass in Frankreich zwischen 1875 und 1878 unter den Freiwilligen doppelt so viel Selbstmordfälle vorkamen wie unter den wehrpflichtigen Recruten. Am häufigsten ist der Tod durch Erschiessen (im französischen Heer 50%, im deutschen Heer 50%, in Oesterreich 70—80%), darnach kommt an Häufigkeit Selbstmord durch Ertränken und Erhängen. Im Zunehmen begriffen sind die Fälle von Selbstmord durch Ueberfahren mit Eisenbahnzügen. In den meisten Fällen bleiben die Motive der That unaufgeklärt. Meistens ist es Furcht vor Strafe, doch auch Liebeskummer, Lebensüberdruss und Widerwillen gegen das Soldatenleben spielen eine Rolle. Was die Jahreszeit anbetrifft, so fallen die meisten Fälle in die Monate Juni und Juli, die wenigsten kommen im Januar vor. — Auf die Frage, ob der Selbstmord überhaupt in der Armee häufiger ist, als in der Civilbevölkerung,

kann man keine ganz entscheidende Antwort erwarten, weil sich der Vergleichung schwere Hindernisse in den Weg stellen. Es scheint, dass die Selbstmorde in der Armee nicht zahlreicher sind, als ausserhalb derselben.

515. ***Kann die Desinfection der Wohnräume durch Sublimatlösung Vergiftungsgefahr zur Folge haben?*** *Von **John Sjöquist**, Stockholm. (Hygiea. 1892. — **Memorabilien. Bd. XXXVII. Heft 4.**)*

Die von verschiedenen Autoren hervorgehobene Gefahr chronischer Quecksilbervergiftung durch den Aufenthalt von Personen in Wohnräumen, welche mit Sublimat desinficirt worden sind, kann nicht erheblich sein, da in Wirklichkeit Intoxicationen dieser Art noch nicht beobachtet sind. Verf. hatte Gelegenheit, in Stockholm den Harn verschiedener Personen in sechs verschiedenen Wohnräumen, die mit dem fraglichen Desinfectionsmittel gereinigt waren, zu untersuchen. Das in Stockholm gebräuchliche Verfahren besteht darin, dass Wände und Fussböden mittelst in Sublimatlösung (1:3000) getauchter Schwämme oder Pinsel abgewaschen oder mit Spray derselben Lösung überspült werden. Nachdem die Wände trocken sind, werden sie mit einem Stück Zeug oder einer Bürste abgetrocknet. Die verbrauchte Menge Sublimat beträgt für jedes Zimmer 3—4 Grm. In allen Fällen, wo die Desinfection in vorschriftsmässiger Weise geschehen war, enthielt der mit der Lamettamethode untersuchte Harn kein Quecksilber, dagegen fand sich solches bei zwei Bewohnern eines Zimmers, in welchem die Wände nicht vorschriftsmässig abgerieben waren. Wie sich der Sublimat übrigens verflüchtigt, ist schwer zu sagen. Sublimat selbst ist mit Wasserdämpfen so wenig flüchtig, dass selbst bei Destillation von Sublimatlösung und längerem Kochen derselben nur verschwindend kleine Mengen Sublimat sich verflüchtigen, so dass man annehmen kann, dass bei Zimmertemperatur kaum eine Verdunstung statthat. Auch kann im Urin der die Desinfection besorgenden Personen Quecksilber nicht nachgewiesen werden. Aspiration eines Luftstroms durch trockenen Sublimat reisst selbst in 4mal 24 Stunden bei gewöhnlicher Temperatur kein Quecksilber, in 5 Tagen dagegen bei 25—30° bestimmt solches, bei 40° in ansehnlicher Menge mit sich. Dass keineswegs eine starke Verflüchtigung aus Tapeten stattfindet, hat Verf. experimentell erwiesen, indem es ihm gelang, noch ein Jahr nach der Desinfection in diesen reichlich Hg nachzuweisen, und zwar nicht nur in einer in Wasser löslichen, sondern auch in einer in Wasser unlöslichen Verbindung. Ob die letztere Quecksilberalbuminat oder etwas freigewordenes Quecksilbermetall war, bleibt unentschieden.

516. ***Analysen verschiedener Schönheits- und Geheimmittel.*** *Bericht des Wiener Stadtphysicates, 1892.*

Eine zum Haarfärben bestimmte Flüssigkeit bestand aus einer spirituös-wässerigen Lösung von essigsaurem Blei, in welcher fein vertheilter Schwefel aufgeschwemmt war; dieselbe wurde beanständet. Eine andere enthielt in alkoholischer Lösung Gallus-, Gerb- und Pyrogallussäure. Aehnlich wie das erstere Mittel verhielten sich zwei untersuchte Proben der sogenannten Aqua amarella. — Eine Seife, welche den Zweck haben sollte, die



sexuelle Befruchtung zu verhüten, war eine mit Rosenwasser parfümirte und mit Zinnober roth gefärbte, gewöhnliche Natronseife. — Seeger's Haarwasser enthielt beträchtliche Mengen von Kupfer und Eisen, Pyrogallussäure und freie Salzsäure. — Ein sogenanntes Schönheitswasser, welches in einer Tabaktrafik feilgehalten wurde, war eine schwach saure Lösung von salpetersaurem Kali, vermengt mit etwas Chlorkalium und mit einem Bodensatze aus weissem Quecksilberpräcipitat. Ein anderes sogenanntes Schönheitswasser, welches jedoch als Heilmittel für Hautkrankheiten verkauft wurde, war eine Auflösung von salpetersaurem Zink und enthielt einen beträchtlichen Bodensatz von Zinkoxyd. Ein ähnlich benanntes Erzeugniss stellte eine parfümirte Emulsion vor, aus welcher sich als Bodensatz ein Gemisch von Calomel und Quecksilberoxydul abschied. — Ein in einem Modegeschäfte vorgefundenes und als Dr. Legran's Sommersprossensalbe annoncirtes Mittel bestand aus mit Rosenwasser parfümirtem Fett, in welchem basisch salpetersaures Bismuth angetroffen ward. — Ein Haarregenerator war eine Lösung von Wasserstoffsuperoxyd mit etwas freier Schwefelsäure und Natriumsulphat, ferner eine spirituöse Lösung von Pyrogallussäure und eine ammoniakalische Lösung von Silbernitrat. — Eine Gesichtspomade war eine mit Rosenöl parfümirte Salbe, in welcher weisses Quecksilberpräcipitat eingetragen war. — Eine orientalische Rosenmilch stellte eine mit Rosenöl parfümirte Lösung von Glycerin vor, in welcher mit Cochenille gefärbtes Zinkoxyd aufgeschwemmt war. — Eine Haarwuchsessenz, welche als Heilmittel gegen Kahlköpfigkeit angepriesen war, enthielt Ananasäther, Glycerin, geringe Mengen von Gerbsäure und Pflanzenschleim. — Ein Haarfluid von Heidrich enthielt beträchtliche Mengen von essigsaurem Blei. Eine sogenannte Alpenblumenpasta stellte ein parfümirtes Pulver vor, in welchem Stärkemehlkörnchen verschiedener Provenienz und sonstiger pflanzlicher und mineralischer Detritus nachzuweisen war. Die wässerige Lösung enthielt neben Spuren von Zucker deutliche Mengen von Dextrin, woraus entnommen werden konnte, dass auch getrocknete Brotfragmente beigemischt wurden. In der Asche war neben schwefelsaurem und phosphorsaurem Kalk auch kieselsaure Magnesia (Talk) und Zinkoxyd nachzuweisen. — Zwei Proben eines Haarfärbemittels „Baume circassien“, enthielten ziemlich viel essigsaures Blei. — Anlässlich mehrerer Fälle von Curpfuscherei wurden bei den betreffenden Personen einige Collectionen der in Verkehr gesetzten Mittel saisirt. Von den vorgefundenen Gegenständen sind zu erwähnen: Alabaster-Creme (eine mit Rosenöl parfümirte Zinksalbe), Gesichtswasser (enthielt Wasser, Glycerin, Rosenöl und einen Bodensatz von Zinkoxyd), Gefrörbalsam (fettes Oel mit Ammon, Terpentin und Zinkoxyd), Toiletteessig (2·4% Essigsäure, dann Gerbsäure, aromatische Stoffe und Chloride und Sulphate der Alkalien), Hühneraugentinctur (mit Rosmarinöl parfümirte Lösung von Alaun), Gesundheitsmundwasser (enthielt Alkohol, Essigsäure, Pfefferminzöl, Arnicatinctur und als Aschenbestandtheile schwefelsaure Thonerde und Phosphate), Kräuter-



haaröl (parfümirtes fettes Oel mit Chlorophyll und pflanzlichem Detritus), Pillen ohne Bezeichnung (aus gebranntem und mit Carmin gefärbtem Brot, und ebensolche in Magnesiapulver eingelagert), ein Pulver (aus gebranntem Brote mit Stärkemehl bestreut und mit Carmin gefärbt), Mariazeller Magentropfen (aus Spiritus, Ammon, Seife und Terpentinöl bestehend). — Das Epilepsiepulver einer Curpfuscherin bestand aus Pulv. Visci, Rad. Paeoniae, etwas Gentiana und Fol. arnicae. — Ein sogenannter Krystall-Brustsyrup bestand aus einem Gemenge von Maltose und Dextrin mit phosphorsaurem Kalk. — Ein sogenanntes Gesundheitswasser war eine mit Fuchsin gefärbte Lösung von Traubenzucker und Citronensäure in Wasser. — St. Maria vegetabilisches Magenelixir war eine stark alkoholische Lösung von Bitterstoffen (Enzian), Harzen und Zucker mit Chlorophyll und Zimmt- und Gewürznelkenöl. — Ein Hühneraugenmittel bestand aus salicylsäurehältigem Collodium mit Chlorophyll gefärbt. — Das sogenannte „Schlagwasser“ war eine rothbraune, stark nach Alkohol, Aether und Arnica riechende Flüssigkeit; bei der Destillation blieb ein nach Arnica riechendes Harz zurück. — Eau de Cologne antimigraine enthielt ausser Alkohol noch deutlich nachweisbare Mengen von Benzoesäure, sowie auch geringere Mengen eines ätherischen, theils nach Menthol und theils nach Terpentinöl riechenden Oeles, aus welchem das Menthol in Form einer campherartigen Masse, nach Abkühlung des Gemisches bis auf — 20° erhalten werden konnte. — Der Paglianisyrup enthielt Alkohol und Rhabarber, ein Tripperbalsam enthielt Zinksulphat und ein Paglianopulver bestand aus Stärke und Jalappaharz. Von Thierheilmitteln, welche seitens eines Sattlers verkauft wurden, kam ein Restitutionsfluid (ammoniakalische Kochsalzlösung mit Campher), ein Klauen- und Hufheilpulver (Gallussäure mit geringen Mengen von Salzen, wie Gyps und kieselsaure Magnesia), ein Flechten- und Räudeöl (Carbolöl) und ein Wundbalsam (aus Oel, Styrax und Pech) zur Untersuchung. Ein von einem auswärtigen Handelsgärtner an einen Wiener Droguisten verkauftes Lactucarium erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als eine Semmel- oder Brotmasse, die mit einer bitter schmeckenden Substanz (vielleicht Lactucarium) gefärbt war. In einem Stückchen der Masse wurde noch ein wohlerhaltenes Theilfrüchtchen des Fenchels, der dem Gebäcke, wie üblich, zugesetzt worden war, eingeklebt vorgefunden. — Eine Probe Cresolin, welches nicht nur als Desinfectionsmittel, sondern auch als Heilmittel gegen verschiedene Krankheiten der Menschen und Thiere angekündigt wurde, erwies sich als eine alkalisch reagirende Mischung von Kohlenwasserstoffen, Phenolen, Harzseife und Wasser, und unterschied sich vom „Creolin“ dadurch, dass es keine Carbolsäure, sondern erst höher siedende (zwischen 150—180°) Phenole enthielt. Wegen der Giftigkeit der letzteren erschien demnach eine noch grössere Vorsicht bei der Verwendung geboten, was umso beachtenswerther erschien, als eine constante Wirkung bei der dermaligen Ungleichmässigkeit nicht garantirt werden konnte.

Dr. *E. Lewy.*



517. ***Zur Bronchialdrüsentuberculose der Kinder.*** *Von* ***C. Spengler.*** *(Zeitschr. f. Hygiene. u. Infectionskh. Bd. XIII. H. 3. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 15.)*

Es ist bekannt, dass 15—16% aller Erwachsenen und 30% aller Kinder an Tuberculose stirbt. Die vorliegende Arbeit hat nun den Zweck hinzuweisen, dass wohl mehr als die Hälfte aller Menschen tuberculös sind, und wenn nicht diese alle daran sterben, so hängt das so zusammen, dass sie geheilt werden oder an anderen Krankheiten früher sterben, ehe die Tuberculose sie getödtet hat. Die Literatur ist sorgfältig benutzt. Es sei nur *Pizzini* hier angeführt, der 40 Leichen von Selbstmördern oder sonst plötzlich Verstorbenen darauf untersuchte. Bei 42% waren die Bronchialdrüsen tuberculös, bei Zweien die Cervicaldrüsen, bei Keinem die Mesenterialdrüsen. Unter den Tuberculösen waren robuste Männer, denen Niemand die Tuberculose angesehen hätte. Ref. erinnert hier an die Mittheilungen von *Simmonds*, der im vorigen Herbste sehr viele Cholerasectionen in Hamburg ausgeführt und dabei ausserordentlich häufig (bis 30%?) als Nebenbefund Tuberculose gefunden hatte, die während des Lebens nicht erkannt war. Weiter zeigt Verf., dass die Tuberculose bei Kindern fast ausschliesslich in den Bronchialdrüsen beginnt und schliesst hieraus auf die fast alleinige Quelle der Infection durch die Athmung. Die Bacillen gelangen durch die Lymphbahnen, welche die Bronchialdrüsen mit dem submucösen Lymphnetz der Bronchien verbinden, in jene und von da secundär in die Lungen. Geschahen die Sectionen mit wirklich genügender Sorgfalt (Serienschnitte, Färbung der Drüsen, Impfexperimente), so erwiesen sich die Bronchialdrüsen immer — auch bei Meningealtuberculose — als primäre Herde. Dringend geboten sei daher die antibacilläre Prophylaxe, wie sie *Cornet* gelehrt. „Man kann in der Prophylaxe der Infectionskrankheiten nie zu viel thun." Eine wirksame Bekämpfung der Tuberculose aller Bevölkerungsschichten ist nur durch antibacilläre Prophylaxe und die Frühtherapie der Tuberculose möglich. Die letztere wurde bis heute ganz vernachlässigt, weil die Diagnose Schwierigkeiten machte. Jetzt ist das anders. „Bei richtiger Handhabung hält das Tuberculin jeder diagnostischen Prüfung Stand; wir wären deshalb thatsächlich in der Lage, die Schwindsucht im Keime zu ersticken." „Bronchialdrüsentuberculose und Initialphthisen, welche weder durch Bacillenbefund, noch durch die physikalischen Untersuchungsmethoden erkannt und deshalb nicht behandelt werden, sind mit dem Tuberculin leicht diagnosticirbar und heilbar. Wohl mehr als die Hälfte aller Menschen leiden, wie oben gesagt, an occulter Tuberculose, erkranken im Laufe der Jahre zum Theil und gehen zu Grunde, während sie durch eine frühzeitige specifische Behandlung gerettet werden können." „Das Vertrauen zu der diagnostischen Zuverlässigkeit des Tuberculins hat unverständlicher Weise dadurch gelitten, dass alte, autotuberculinisirte Phthisiker nicht und klinisch latente Tuberculosen stark reagirten."

518. ***Die Bedeutung der Thymushypertrophie bei forensischen Sectionen.*** *Von* ***Seydel.*** *(Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge. Bd. V. Heft 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 20.)*

In neuerer Zeit haben *Grawitz, Jacobi, Soltmann* und *Pott* wieder die Aufmerksamkeit auf die pathologische Bedeutung der Thymus-



drüse gelenkt. *Paltauf* bestreitet den Einfluss der Thymus bei plötzlichen Todesfällen, fand aber doch in derartigen Fällen, die er auf acute Schwellung der Bronchialschleimhaut zurückführen möchte, Hyperplasie der Thymus bis zu erheblichen Massen. Die Frage, wie man sich den Einfluss der Hyperplasie bei der Entstehung der plötzlichen Todesfälle zu denken hat, ist nicht ganz leicht zu entscheiden. Eine einfache Compression der Trachea ist zwar mechanisch nicht ganz ausgeschlossen, aber unwahrscheinlich. Beim Zurückbeugen des Kopfes wird der obere Brustraum verengt, die Thymus durch Compression der Halsvenen zur Anschwellung gebracht, die Trachea gezerrt und zusammengedrückt, und so entsteht die acute Compression. Hierbei muss man nach den Beschreibungen *Pott's* über die Erscheinungen des Todeseintrittes annehmen, dass weniger Erstickung als Herzstillstand die Todesursache wird. Auch eine plötzliche Compression der Arteria pulmonalis kann nicht als ganz unwahrscheinlich bezeichnet werden. Einen einschlägigen Fall hat Verf. in der forensischen Praxis beobachtet. Eine schwachsinnige Person wurde beschuldigt, ein 1/2 Jahr altes Kind erwürgt zu haben. Die Section ergab an der Stirn 4 rundliche bläuliche Flecken. Die Zungenspitze überragte den Kieferrand um 1 Cm., am Halse keine Verletzungen. Nach Entfernung des Brustbeins erscheint die auffallend grosse Thymus, die den Herzbeutel zum Theil bedeckt. Die Lungen auffallend gross, auf Einschnitten reich an dunklem, schaumigem Blute, das rechte Herz zeigt stärkeren Blutgehalt als das linke. Die Obducenten nahmen bei dem Kinde den Erstickungstod an und erklärten, die Section hätte nichts ergeben, woraus geschlossen werden könnte, dass diese Todesart gewaltsam herbeigeführt wäre. Es muss in diesem Falle die Möglichkeit zugegeben werden, dass es sich bei dem von der schwachsinnigen Pflegerin zugestandenen leichten Zurückbiegen am Oberhalse, das nicht die geringsten Spuren hinterlassen hatte, um eine acute Anschwellung der grossen Thymus und einen plötzlichen Tod gehandelt habe. Diese Erfahrung scheint weiterer Beachtung bei analogen Fällen der gerichtsärztlichen Praxis würdig.

519. ***Ueber das Wachsthum von Tuberkelbacillen auf pflanzlichen Nährböden.*** *Von Dr. Sander. (Arch. f. Hygiene. Bd. XVI. Heft 3. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 29.)*

Die aus dem Institut *Pasteur* vom Jahre 1888 stammende Angabe von *Pawlonsky*, dass die Tuberkelbacillen auch auf Kartoffeln gedeihen, wurde für den Verf. der Anlass zu Untersuchungen, welche er im hygienischen Institut der Universität Berlin anstellte und welche zu folgenden Ergebnissen führten: 1. Die Säugethiertuberculose, beziehungsweise die durch Meerschweinchen geschickte Menschentuberculose wächst nicht blos auf der Kartoffel, sondern auch auf einer Reihe von anderen pflanzlichen Nährböden. 2. Die Reaction dieser Nährböden ist nicht so massgebend, als sie es für das Wachsthum von künstlichen thierischen Nährböden ist; im Gegensatz zu diesen scheint sogar ein geringer Säuregrad hier förderlich, beziehungsweise selbst erforderlich zu sein. 3. Luftzutritt befördert im Gegensatz zu den bisherigen Angaben das Wachsthum auf den pflanzlichen Nährböden wesentlich. Die Culturröhrchen sind deshalb nicht zuzuschmelzen. 4. Die günstigste Temperatur



ist auch hier etwas erhöhte Körpertemperatur: 38—39° C. 5. Der Tuberkelbacillus stellt bei flüssigen Nährböden nur geringe Ansprüche an den Nährstoffgehalt: Das üppige Wachsthum auf der Kartoffelbrühe. 6. Unter Umständen gedeiht der Tuberkelbacillus auch auf sterilisirtem Leitungswasser; die Anwesenheit eines Schimmelpilzes im Wasser stört diese Entwicklung nicht. 7. Das Wachsthum auf den pflanzlichen Nährböden ist im Allgemeinen üppiger und geht wesentlich schneller vor sich, als auf den entsprechenden thierischen; diese Eigenschaften sind bei der zweiten und dritten Pflanzengeneration noch ausgesprochener. 8. Auf den pflanzlichen Nährböden bildet der Tuberkelbacillus Formen, die vielleicht als beginnende Sporenbildung gedeutet werden müssen. 9. Auch im Thierkörper müssen Dauerformen des Tuberkelbacillus vorkommen. 10. Für die Züchtung aus dem Thierkörper scheint die Kartoffel dem Glycerinagar als Nährboden vorzuziehen zu sein. Es kommen auf ihr auch die präsumptiven Dauerformen zur Entwicklung. 11. Der Tuberkelbacillus ändert seine Virulenz beim Wachsthum auf der Kartoffel; diese Aenderung ist ausgesprochener bei Culturen auf festen Kartoffeln und scheint mit dem Alter zuzunehmen.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 520. *Ueber das Verhalten alkalischer wässeriger Lösungen von Kohlenoxydblut zu reducirenden Reagentien und die Anwendung des Hämochromogen-Spectrums beim Nachweise des Kohlenoxydes.*

*Von Dr. Heinrich Szigeti.*

*Aus dem Institute für gerichtliche Medicin des Hofrathes Prof. Dr. Eduard R. v. Hofmann in Wien.*

*(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 17.)*

Setzt man zu normalem, das heisst O Hb-hältigem Blute nach dem Vorgehen von *Stokes* Kali- oder Natronlauge, Ammoniumhydroxyd oder das alkalisch reagirende und von *Hofmann* empfohlene Cyankalium und gibt nachher zu der nun alkalisch gewordenen Blutlösung, in welcher sich das O Hb in Alkalihämatin verwandelt hat, eines der in der Blutchemie gebräuchlichen reducirenden Reagentien, Schwefelnatrium oder -Ammonium oder die sogenannte *Stokes-Felletár*'sche reducirende Flüssigkeit, so nimmt die Blutlösung eine dem Malagaweine ähnliche dunkelrothbraune Färbung an, welche bedingt ist durch das Auftreten eines Blutfarbstoffderivates, das neben Alkalialbuminaten als Spaltungsproduct des Oxyhämoglobins, respective des Hämatins entstanden ist und von *Stokes*, entsprechend dem Vorgange, wie er es erhalten hat, reducirtes Hämatin genannt wurde, von *Hoppe-Seyler* aber aus anderen Gründen mit dem Namen Hämochromogen bezeichnet worden ist. Das erwähnte Verhalten des normalen Blutes bei Behandlung mit Alkalien und reducirenden Reagentien hat die Frage



sehr nahe gelegt, ob auch Kohlenoxydblut sich ähnlich verhält oder ob dessen Eigenschaften auch in dieser Hinsicht von denen des gewöhnlichen Blutes abweichend sind? Letztere Vermuthung war umso eher berechtigt, als doch bekannter Weise CO-hältiges Blut auf Zusatz reducirender Reagentien ein von dem des normalen Blutes differentes chemisches Verhalten zeigt, indem es zu Hämoglobin nicht reducirbar ist; beruht doch hierauf eine der charakteristischesten Kohlenoxydblutproben. Die bezüglichen ausgedehnten Untersuchungen führten zu folgendem Ergebniss:

1. Das Spectrum des Kohlenoxydblutes, respective des Kohlenoxydhämoglobins wird durch Zusatz von Alkalien und reducirenden Reagentien nicht alterirt. 2. Das Kohlenoxyd besitzt die Eigenschaft, das Spectrum des Hämochromogens in ein Spectrum, welches mit dem des CO Hb identisch ist, zu verwandeln. Mit anderen Worten, das CO geht mit dem Hämochromogen eine Verbindung ein, deren spectrales Verhalten gleich dem des CO Hb ist. 3. Beide Eigenschaften lassen sich beim Nachweise von Kohlenoxyd verwerthen.

Es ist bekannt, dass Kohlenoxydblut der Fäulniss viel länger widersteht, als gewöhnliches Blut, dass ferner das Kohlenoxydblut noch immer das unveränderte Spectrum des CO Hb zeigt zu einer Zeit, als gewöhnliches Blut von demselben Alter keine Spur von O Hb mehr zeigt und gänzlich zu Hämatin umgewandelt ist, und selbst wenn auch schon das Kohlenoxydblut der Fäulniss anheim gefallen ist, lassen sich noch lange Zeit die zwei Absorptionsstreifen der CO Hb erkennen und es besitzt noch immer die Eigenschaft, dass es durch Zusatz reducirender Reagentien nicht reducirbar ist. Den Grund und die Erklärung hierzu glaubt Verf. eben in dem eigenthümlichen Verhalten des Kohlenoxydblutes zu Alkalien und zu reducirenden Reagentien gefunden zu haben. Bei der Fäulniss des Blutes bilden sich, wie bei der Verwesung aller organischen, namentlich eiweisshaltigen Substanzen, neben anderen Fäulnissproducten hauptsächlich Ammoniak und Schwefelwasserstoff. Unter der Einwirkung des Ammoniak spaltet sich das Hämoglobin in Hämatin, und unter gewissen Umständen, wenn die Fäulniss nicht allzu stürmisch ist, kann sich auch reducirtes Hämatin oder Hämochromogen aus dem gewöhnlichen Blute bilden. Beim Faulen von Kohlenoxydblut scheint eine solche Umwandlung des CO Hb nicht vor sich zu gehen, wenigstens so lange nicht, als Kohlenoxyd noch im Blute vorhanden ist. Allerdings verflüchtigt sich das CO mit der Zeit, so dass das Blut nunmehr CO-frei ist und der Fäulniss anheim fällt, wie gewöhnliches Blut. Das Kohlenoxydblut scheint bei der Fäulniss dem als Zersetzungsproduct entstandenen Ammoniak und Schwefelwasserstoff gegenüber dasselbe Verhalten zu bewahren, wie im Reagensglase, und eben das ist die Ursache, warum das CO Hb so lange Zeit unverwandelt bleibt. Vorläufig ist dies nur eine Vermuthung, welche Verf. durch weitere Untersuchungen bestätigen will.



# Literatur.

521. ***Lehrbuch der Zoologie.*** *Von Dr. **Julius Kennel**, kais. russischer Staatsrath, ordentlicher Professor der Zoologie und Director des zoologischen Museums der Universität Dorpat. Mit 310 Abbildungen im Text, enthaltend gegen 1000 Einzeldarstellungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. gr. 8⁰. XVI und 678 Seiten.*

Das vorliegende Lehrbuch der Zoologie erscheint als ein Band der von der Verlagshandlung Ferdinand Enke als Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker begründeten Bibliothek des „Arztes". Zum erstenmale unseres Wissens erscheint in diesem Werke die Zoologie von rein biologischem Standpunkte dargestellt, d. i. von jenem Standpunkte, von welchem die Zoologie für den Mediciner ein ebenso lehrreiches als anregendes Studium bildet. Das Hauptgewicht legt der Verf. dabei auf die vergleichende Anatomie, die Embryologie wurde nur in denjenigen Thierclassen etwas eingehender behandelt, wo dieselbe besonderes Interesse für die Erkennung der Verwandtschaftsbeziehungen bieten kann oder wo sich aus derselben gewisse wichtige Organisationsverhältnisse erklären, die für die einzelnen Classen in Abweichung von anderen bezeichnend sind. Die Systematik ist den Zwecken des Werkes entsprechend nur kurz behandelt, es werden nur die Hauptgruppen der Thierclassen angeführt und einige Vertreter genannt. Andererseits machen die in die Systematik eingestreuten biologischen Notizen auch diesen Theil des Buches dem Leser interessant. — Besondere Sorgfalt hat der Verf. den Abbildungen gewidmet, die sämmtlich von ihm selbst gezeichnet und grösstentheils Originale sind. Um dem Leser ein richtiges Bild der Organisation der Thiere zu geben, hat Verf. den Versuch gemacht, auch schematische und schematisirte Darstellungen plastisch zu zeichnen, wodurch ein Totaleinblick in das Innere des Thieres verschafft wurde. Es ist beinahe überflüssig, zu bemerken, dass entsprechend der vom Verf. durchgeführten Darstellung der Zoologie als eines Theiles der Biologie auch die vergleichende Histologie, Embryologie und Physiologie eingehende Berücksichtigung finden. Wir können die Brauchbarkeit des vorliegenden Werkes für den Mediciner und Arzt kaum besser charakterisiren, als durch den Hinweis darauf, dass dasselbe die Zoologie in jener Weise dargestellt enthält, wie dies nicht nur die Vertheidiger der Nothwendigkeit des zoologischen Studiums für den Mediciner, sondern selbst die Gegner desselben als ein dem Mediciner nützliches Studium darstellten. Ein ausführliches Sachregister erleichtert die Benützung des vorzüglichen Werkes. *—sch*

522. ***Klinische Vorlesungen über Diagnostik und Therapie der Darmcatarrhe der Kinder mit besonderer Berücksichtigung des Säuglingsalters.*** *Von **Nil. Filatow**, Professor in Moskau. Deutsch von Dr. Polonsky. Wien, Josef Safař, 1893.*

Der Verf., welchem das reiche Material von 103 Kinderbetten zur Verfügung steht, tritt in einer Uebersetzung seiner dritten Auflage vor das ärztliche Publicum. Die Broschüre, circa 80 Seiten enthaltend, nimmt ganz besonders auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes Rücksicht, lässt sich auf theoretische Erwägungen und Streitfragen nicht ein, so zwar, dass er sogar den Anforderungen des Anfängers Genüge leistet. Mit besonderer Vorliebe wird erörtert die Diagnostik des dys-



peptischen Erbrechens, die Differentialdiagnostik der verschiedenen Durchfallsformen, wie der grünen, der Fettdiarrhoe, der Cholera, des Sumpfdurchfalls, die bösartigen Fälle der blutigen Diarrhoe. Der Vorfall des Mastdarms, allgemeine Wassersucht bei chronischen Durchfällen, ist ebenso wie die Frage der künstlichen Ernährung den neuesten Forschungen gemäss klargelegt. Die Zusammensetzung der Kuh- und Frauenmilch, die Ausspülungen des Magens bei Säuglingen, die Behandlung mit hohen Clysmen und neueren Medicamenten ist genügend gewürdigt. Kumys und Kefir in der Kinderpraxis sind bei der Ernährung der Säuglinge besprochen. — Dies Werkchen, auf Prof. *Monti's* Anregung in's Deutsche übersetzt, die Errungenschaften der deutschen und besonders der Wiener Schule beständig berücksichtigend, ist seiner Kürze und Gediegenheit wegen sehr empfehlenswerth. *Hausmann,* Meran.

523. ***Die Lungentuberculose als Mischinfection.*** *Von Dr. **Norbert Ortner.** Wien, Wilh. Braumüller, 1893.*

Das wechselvolle Bild der Lungentuberculose sowohl in deren klinischem Verlaufe als im pathologisch-anatomischen Befunde, besonders als theilweiser Entstehungsursache der Eiterungen und Cavernen, liess den Verdacht aufkommen, dass ausser den Tuberkelbacillen auch noch andere pathogene Bacterien als Ursache dafür angenommen werden müssten. *Koch, Gaffky, Evans, Babes* u. A. lenkten bereits die Aufmerksamkeit auf das gleichzeitige Vorkommen des Tuberkelbacillus mit Mikrococcus tetragenus, Eitercoccen, Pneumoniebacterien. Der Verfasser des vorliegenden Werkes, *Ortner*, erweiterte den Beobachtungskreis, indem er diesen auf die häufigen, frischen bronchopneumonischen Herde bei chronischer Lungentuberculose ausdehnte, und welche den Verdacht von Mischinfectionen aufdrängten; uncomplicirte Granulartuberculose sollte dabei als Controlfall dienen, auch käsige Bronchopneumonien, käsige Lobärpneumonie und subacute Miliartuberculose waren alsdann nothwendig mit in die Beobachtung zu ziehen. In 61 Fällen wurde nun untersucht, ob und inwieweit es sich bei diesen verschiedenen Formen der Lungentuberculose und unter Berücksichtigung der frisch hinzugetretenen bronchopneumonischen Herde um eine einheitliche Ursache, den Tuberkelbacillus, oder um eine Mischinfection handelt. Verf. theilt seine Fälle in drei grössere Gruppen. Erstens in Fälle von tuberculöser Lungenaffection mit pneumonischen Veränderungen, also entweder lobulär, starr luftleer, Schnittfläche röthlich oder grau, gekörnt oder sulzig, oder lobulär über der ganzen Lunge verbreitet. Fast alle der letzteren Fälle gehörten zur sogenannten käsigen Pneumonie (infiltrirte Tuberculose). Die zweite Gruppe umfasst makroskopisch uncomplicirte chronische Lungengranulartuberculose ohne makroskopisch erkennbare entzündliche Veränderung des stets lufthaltigen, die Tuberkelknötchen umgebenden Lungengewebes. Die dritte Gruppe umfasst acute Fälle, respective subacute von miliarer Lungentuberculose.

Zu Gruppe I. *A.* Bronchopneumonien bei chronischer Tuberculose der Lungen, sei erwähnt, dass von allen im Culturverfahren positiven Fällen fast die ganze Zahl eine Mikrococcenart aufwies, welcher vom Verf. als einer Abart von Diplococcus pneumoniae eine jeweilig verschiebbare Mittelstellung zwischen diesem und dem Streptococcus pneumoniae beigelegt wurde. Auch der Streptococcus pyogenes und Staphylococcus pyogenes wurden vereinzelt gefunden, in der Mehrzahl aber waren der Mikrococcus pneumoniae (s. [illegible]n), even-



tuell Streptococcus pyogenes sehr reichlich vorhanden. Tuberkelbacillen zeigten sich ausserdem fast constant. *B.* Frische Lobärpneumonie bei chronischer Granulartuberculose (frische pneumonische Lappeninfiltration im Stadium der rothgrauen Hepatisation) unterschied sich in Nichts von dem Bilde einer croupösen Pneumonie. Auch hier wurde Mikrococcus pneumoniae (kaum verschieden von Streptococcus pneumoniae) zahlreich und Tuberkelbacillen gefunden.

Zu Gruppe II. Chronische Granulartuberculose der Lunge ohne makroskopisch erkennbare entzündliche Infiltration des umgebenden Lungengewebes. Hier konnten keine käsigen Herde constatirt werden, wohl aber scharf begrenzte Tuberkelknötchen und dementsprechend nur in $^1/_5$ der Fälle Mikrococcus pneumoniae, in allen aber Tuberkelbacillen.

Gruppe III. Fälle von acuter und subacuter Miliartuberculose betreffend, erwiesen in den meisten Fällen Mikrococcus pneumoniae und Tuberkelbacillen. Verf. kommt zu dem Schlusse, dass die bei chronischer Granulartuberculose der Lunge bestehenden Bronchopneumonien, ferner Lobärpneumonie und käsige Pneumonie ätiologisch bedingt sind durch Mikrococcus pneumoniae. Die Verkäsung ist das spätere Werk der Tuberkelbacillen. Und endlich: Man muss in der tuberculös afficirten Lunge zweierlei pathologische Processe auseinanderhalten, jene der Bildung von Tuberkeln und jene der Entwicklung pneumonischer Processe. Beide sind histologisch von einander zu scheiden, beide sind aber auch ätiologisch von einander verschieden, denn die bei der Lungentuberculose so häufig vorkommenden pneumonischen Processe sind Producte der Thätigkeit des Mikrococcus pneumoniae, die Tuberkeln jener des Tuberkelbacillus. Diese wichtige Arbeit Verf.'s sei warm empfohlen.

*Hausmann*, Meran.

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

524. ***Ueber die operative Behandlung der Thrombose des Sinus transversus und der Vena jugularis.*** *Von Docent Dr. Heroze1. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte in Budapest. Sitzung vom 6. Mai 1893. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 21.)*

Trotzdem die Sinus phlebitis eine häufige Complication der Ohreiterungen ist und in den meisten Fällen der Pyämie zufolge tödtlich endet, wurde bisher in verschwindend geringer Zahl, zusammen in 9 Fällen, operativ eingegriffen, mit 5 Heilungen. Allererst behandelte *Zaufal* einen derartigen Fall im Jahre 1884, da dieser aber einen letalen Ausgang nahm, fand *Zaufal* erst 4 Jahre später einen Nachfolger in *Arbutnoth Lane,* den alsbald *Sälzer* und *Ballance* folgten. Die Krankengeschichte des vom Vortragenden demonstrirten seltenen Falles ist kurz die folgende: Margarethe R., ein 15jähriges, schwaches Mädchen, leidet seit 3—4 Jahren an Ohrenreissen und Ohrenfluss. Im Januar 1892 trat hinter dem rechten Ohre eine nussgrosse Geschwulst und mit dieser zugleich ein stärkerer Ohrenfluss auf. Die Geschwulst öffnete sich spontan und verheilte nach Entleerung vielen putriden Eiters nach ein paar Wochen. Im April 1892 entstand neuerdings eine Geschwulst, wurde incidirt und heilte in einigen Wochen abermals. Zu Weihnachten 1892 traten fortwährende mit $^1/_2$stündlichen Schüttelfrösten einhergehende hohe, bis über 41° C. steigende Fieberanfälle, heftiger rechtsseitiger Kopfschmerz, zeitweilige Bewusstlosigkeit und mit diesen eine frische





Geschwulst hinter dem rechten Ohre auf, wobei der Puls fadenförmig, ausserordentlich frequent und kaum fühlbar war. Während 7 Tagen verschlimmerte sich das Befinden der Pat. derart, dass sie am 1. Januar 1893 zum Zwecke einer eventuell noch zu versuchenden Operation in gänzlich erschöpftem Zustande in das allgemeine Krankenhaus auf Primarius *Herczel's* Abtheilung überführt wurde. Zu dieser Zeit war dem Verlaufe des Kopfnickers folgend bis zum oberen Drittel des Halses eine 2—3 fingerdicke, knotige Infiltration fühlbar, während von da abwärts die Vena jugularis interna frei befunden wurde.

Die Diagnose wurde auf in Folge der chronischen Eiterung des Mittelohres entstandene Otitis mastoidea und auf Thrombophlebitis des Sinus transversus und der Vena jugularis interna gestellt. Die wegen der Pyämie schleunigst indicirte Operation vollführte Verf. am 2. Januar 1893 in Chloroformnarcose, wegen der pyämischen Schüttelfröste die Eröffnung des Sinus sigmoideus zur directen Aufgabe sich stellend. Nach Eröffnung des Abscesses mit einem 6 Cm. langen Schnitte und nach Entleerung ausserordentlich vielen putriden, käsigen Eiters, wird auf dem hinteren oberen Theile des Warzenfortsatzes eine $^1/_2$kreuzergrosse entblösste Knochenstelle sichtbar. Nach Abmeisselung der Basis des Warzenfortsatzes werden aus dem Körper des grösstentheils diploetischen Warzenfortsatzes, namentlich aus dem hinteren oberen Theile desselben, mit Eiter vermischte necrotische Knochenpartikelchen und zerfallende Granulationen ausgeschabt, während nach vorne und oben zugleich das Antrum weit eröffnet wurde, so dass nach gründlicher Reinigung der Wundhöhle bei der Irrigation die $^1/_3$‰ Sublimatlösung durch den äusseren Hörgang und umgekehrt durch die offene Höhle des Warzenfortsatzes floss. Bei der Ausschabung der mit Eiter durchtränkten Knochensplitter wurde zugleich die Wand des Sinus transversus weit entfernt, denn dem Sinus entsprechend lag eine breite, röthlichbraune weisse Thrombusmasse offen, in welcher zwar keine eiterige Entartung aufzuweisen war, in welcher man aber mit einer feinen Sonde sehr leicht $1^1/_2$ Cm. tief eindringen konnte. Da aber der Thrombus noch nicht eiterig zerfallen war und ganz sicher über dem Foramen jugulare hinunterreichte, worauf auch die Infiltration der Regio retromaxillaris deutete, entfernte Verf. denselben nicht aus dem Sinus, weil dies mit der Gefährdung des Organismus verbunden und kaum vollständig ausführbar gewesen wäre.

Vortragender hegt die Meinung, dass im Falle der Thrombus sich nicht zurückbildet, er doch durch die weite, offene Wundhöhle des Warzenfortsatzes auseitern würde, während andererseits bei eventuellen neueren pyämischen Symptomen immer operativ vorgegangen werden kann. Bei offener Behandlung der Wundhöhle mit Jodoformgazetamponaden war in der That der Heilverlauf über Erwartung günstig. Die Höhle des Warzenfortsatzes reinigte sich und füllte sich mit Granulationen derart, dass dieselben wiederholt mit Ferrum sesquichloratum touchirt werden mussten. Zwischen dem 13. und 18. Januar bildete sich aber gegen die Mitte der Vena jugularis interna ein 2—3 fingerdicker, empfindlicher derber Strang, zugleich stellten sich höhere Temperatursteigerungen ein. Deswegen musste Verf. am 18. Januar 1893 eine zweite Operation in Chloroformnarcose vollführen. Mit einem 9 Cm. langen, dem Sternocleidomastoideus parallelen Schnitte wurde ein Abscess eröffnet, welcher putriden, käsigen Eiter enthielt. Hinter demselben



zeigte sich in der Tiefe ein daumendicker derber Strang, welcher in der Mitte, etwas über der Kreuzung des M. omohyoideus mit der Vene, einen bohnengrossen, unregelmässig begrenzten Defect aufweist und eine putride, einem vereiterten Blutgerinnsel ähnliche Masse enthält. Nach Ausschabung dieser Masse wird organisirte Thrombusmasse fühlbar. Der Abscess stammte also von dem vereiterten und durchbrochenen Thrombus der Vena jugularis. Um zu verhindern, dass die zerfallenden Thromben in den Kreislauf gelangen, unterband Verf. die Vena jugularis nahe dem Bulbus doppelt und behandelte die Höhle nach der Reinigung offen weiter. Die Temperatur wurde alsbald wieder normal und die Halswunde verheilte bei glattem Verlaufe binnen 27 Tagen.

Mitte Februar füllte sich die Höhle des Warzenfortsatzes fast gänzlich mit Granulationen; am 4. März verheilte die Wunde hinter dem Ohre, so dass Pat. geheilt das Spital verlassen konnte. Der Ohrenfluss wurde auch seither immer geringer, die im oberen Theile der Paukenhöhle befindlichen Granulationen verschwanden auf Touchiren. Dementsprechend besserte sich auch das Gehör. In diesem Falle war also die Diagnose der Sinus phlebitis fast ganz sicher und der operative Eingriff rettete der Kranken das Leben. Verf. betont zugleich, dass, nachdem die Krankheit in den meisten Fällen tödtlich endet, wenn auch die Diagnose nicht so sicher festzustellen ist, wie in diesem Falle, wenn auch noch keine Pyämie eingetreten ist, der operative Eingriff dennoch berechtigt ist. Das Operationsverfahren betreffend, empfiehlt Verf. die breite Eröffnung des Sinus transversus und des Antrum. Es ist nämlich nicht immer möglich, ohne Gefährdung des Organismus den Thrombus ganz zu entfernen, und in solchen Fällen nimmt dessen Auseiterung durch eine weite Höhle einen viel sicheren Verlauf und lässt eine bessere Controle zu. Was die Unterbindung der Vena jugularis betrifft, welche Operation verhindern soll, dass keine eiterigen, septischen Massen in den Kreislauf gelangen, so sind keine festen Regeln aufzustellen, dies muss von der Art der Erkrankung in einzelnen Fällen abhängig gemacht werden. Denn während einestheils sicher ist, dass die Unterbindung nicht in jedem Falle unbedingt nothwendig ist, besonders dann nicht, wenn ein fester Thrombus das Foramen jugulare verschliesst und die Ausführung nicht immer durch den erwarteten Erfolg gekrönt wird, so ist anderentheils die Operation durchaus nicht schädlich, ausser wenn wir durch die ausserordentliche Schwäche des Kranken mehr expectativ zu verfahren gezwungen wären. Vortragender betont noch, dass die Ligatur nie im Verlaufe der Thrombusmasse angelegt werden darf, weil wir sonst Gefahr laufen, dass einzelne Stücke abgeschwemmt werden, in den Kreislauf gelangen und Embolie verursachen.

# Kleine Mittheilungen.

525. ***Unterschied in der Resorption der Medicamente durch den Mund oder das Rectum.*** (Répert. de pharm. — Kober's Süddeutsche Apoth.-Ztg. 1893.) *Main* und *Lemanski* haben Experimentalversuche über die Schnelligkeit der im Organismus erfolgten Resorption verschiedener Medicamente angestellt. Die Versuche erstreckten sich auf Natr. salicyl., Antipyrin, Kal. jodat., Salol, Ol. Terebinth., Ol. Santali und Methylenblau. Das Natr. salicylic. erscheint im Urin, durch das Rectum eingeführt, nach 25 Minuten; durch den Mund genommen nach 35 Minuten; das Antipyrin nach 30, respective 40 Minuten; das Jodkalium zeigt sich im Speichel nach 10 Minuten durch den





Mund und nach 15 Minuten durch das Rectum eingenommen; das Methylenblau findet sich im Urin 40 Minuten nach Absorption durch den Mund, nach 75 Minuten durch das Rectum. Salol ist ebenfalls durch den Mund genommen schneller assimilirt, nämlich nach 30 Minuten, als durch das Rectum, nach 4 Stunden. Das Salol wird im alkalischen Darm viel rascher zersetzt, als im sauer reagirenden Rectum. Terpentin- und Santalöl werden durch das Rectum gar nicht aufgenommen. Als Conclusionen dieser Versuchsreihe resultirt, dass leicht lösliche Medicamente durch das Rectum eingeführt werden können, schwer lösliche jedoch besser per os genommen werden müssen.

526. ***Fremdkörper der Speiseröhre. (Corps étranger de l'oesophage.)*** *Von Dr.* ***Terrillon.*** *(Semaine méd. 1893. 16. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 4.)*

Ein junger Bursche verschluckte ein silbernes Fünffrankenstück; die Untersuchung ergab den Sitz 8 Cm. oberhalb der Cardia; der Kranke ging nach Hause, die Operation und selbst die Extraction verweigernd. Nach 20 Tagen kam plötzliches massenhaftes Blutbrechen und Tod, wahrscheinlich durch Perforation der Aorta in Folge eines Druckgeschwüres. Vor 4 Monaten hatte Verf. genau denselben Fall, ebenfalls ein silbernes Fünffrankenstück 8 Cm. oberhalb der Cardia sitzend; die Extraction durch den Mund gelang nicht; durch die Oesophagotomia externa kam Verf. dem Fremdkörper näher und konnte selben mittelst der Zange entfernen. Heilung.

527. ***Herpes der Genitalien.*** Zur Vermeidung des Herpes werden Innunctionen mit Vaseline auf die trockene Haut und Waschungen mit 1%iger Carbollösung, denen man Aufstreuen von *Besnier's* Pulver folgen lässt, empfohlen.

| Rp. | *Pulv. oryzae,* | *100·0,* |
|---|---|---|
| | *Tannin,* | *5·0,* |
| | *Bismuth. salicyl.* | *1·0.* |

Prophylactisch: Kalte Douchen von 30 Secunden Dauer auf die Lende alle 2 Wochen, Waschungen des Präputiums mit aromatischem Wein täglich Morgens und Abends. (The med. Presse. 1893. April.)

528. ***Den Kalkstoffwechsel bei Rhachitis*** haben neuerdings ***Vierordt*** und ***Rudel*** studirt. (Congress f. innere Medicin zu Wiesbaden. 1893.) Zunächst wurde bei gesunden Kindern durch gleichmässige Ernährung eine Constanz des Kalkgehaltes des Urins erzielt. Der Gehalt an Kalk kann durch directe Zuführung von Kalk dann gesteigert werden. Dann wurden gleicher Weise bei rhachitischen Kindern Versuche gemacht, und zwar vornehmlich bei beginnender Rhachitis. Auch hierbei wurde durch gleichmässige Nahrung eine Constanz des Kalkgehaltes im Harn erreicht und auch bei rhachitischen Kindern wurde bei Darreichung von Kalk dann eine Steigerung der ausgeschiedenen Kalkmenge sichergestellt. Es verhalten sich also in Bezug auf den Kalkstoffwechsel gesunde und rhachitische Kinder völlig gleich und kann die bisherige gegentheilige Meinung nicht mehr als zu Recht bestehend anerkannt werden. Uebrigens ist im Allgemeinen die Kalkausfuhr im Organismus eine sehr geringe. Bei 0·2 Grm. Kalk pro Kilogramm liegt die obere Grenze der Menge, die der Organismus bewältigen kann. Der Kalk wird vielleicht ebenso wie das Eisen mehr durch den Darm, als durch die Nieren ausgeführt. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 39.)

529. ***Ueber die Resistenz der Ziegen gegen Morphin.*** *Von Dr.* ***Guinard.*** *Académie des sciences zu Paris. 1893. 6. März.*

Ziegen können nicht allein sehr hohe Morphindosen vertragen, sondern es fehlen auch die psychischen Erscheinungen vollkommen, die Intelligenz blieb selbst noch vor dem Tode. Im Allgemeinen beobachtete man nur einen geringen Grad von Unruhe, sowie von Steifheit der Muskeln, eine etwas starke Salivation und respiratorische Störungen. Da beim Menschen, der 65 Kgrm. wiegt, die mittlere schlafbringende Dosis 2 Cgrm. beträgt, so wurde mit diesen Dosen zum Experimentiren bei Thieren begonnen, indessen wurde beobachtet, dass nicht die geringsten Symptome von irgend welcher Vergiftung auftraten, vielmehr konnte man u. A. beobachten, dass diese Thiere Dosen ohne irgend welche Störungen vertragen konnten, welche im Stande gewesen wären, in einem Falle 400 Menschen, in einem anderen Falle 425, in einem dritten gar 974 zu narcotisiren. Auf 1 Kgrm. berechnet würden sich diese Verhältnisse wie folgt stellen: 0·003 Grm. Morphin narcotisiren 1 Kgrm. Menschen, während 0·3 Grm., d. h. eine tausendmal stärkere Dosis von Ziegen vertragen wird.



## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Flesch, Dr.*, Stadtrath in Frankfurt a. M., Sociale, communale und staatliche Anforderungen an das Bestattungswesen. Wien 1893. Verlag des Vereines der Freunde der Feuerbestattung „Die Flamme" in Wien. Separatabdruck aus dem „Phönix", Blätter für facultative Feuerbestattung und verwandte Gebiete.

*Landolt, Dr. E.*, Uebersichtliche Zusammenstellung der Augenbewegungen im physiologischen und pathologischen Zustande. Aus dem Französischen. Deutsch bearbeitet von Dr. H. Magnus, a. ö. Professor der Augenheilkunde in Breslau. II. Auflage. Breslau 1893. J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben von *Prof. Dr. Albert Eulenburg* in Berlin. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg. 1893. 1. Hälfte. Encyclopädische Jahrbücher. Dritter Jahrgang. 1.—5. Lieferung.

*Tschirch, Dr. A.*, o. ö. Prof. der Pharmakognosie, pharmaceutischen und gerichtlichen Chemie an der medicinischen Facultät der Universität Bern. Das Kupfer vom Standpunkte der gerichtlichen Chemie, Toxikologie und Hygiene, mit besonderer Berücksichtigung der Reverdissage der Conserven und der Kupferung des Weines und der Kartoffeln. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

*Volkmann, Richard v.*, Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1893.

Nr. 65, 66. Wagner Victor, Die Aseptik in der Kriegschirurgie.
Nr. 67. Quincke H., Ueber Meningitis serosa.
Nr. 68. Freund M. B., Das Cervixmyom unter der Geburt.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.




Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

530. ***Ein weiterer Beitrag zur Transfusionsfrage.*** *Von Prof. v. Ziemssen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. 1892. Bd. 50. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 20.)*

Die begründeten Bedenken, welche sich bei den bisherigen Methoden der Bluttransfusion geltend machten, werden nach der *v. Ziemssen*'schen Methode durch Umgehung der Defibrinirung des Blutes und der Schnitteröffnung der Vene vermieden. Die Methode besteht im Wesentlichen darin, dass ohne vorgängigen Hautschnitt in die Vene des Blutspenders, sowie des Blutempfängers je eine Hohlnadel eingeführt und dann Blut aus der Mediana des ersteren mittelst gewärmter Glasspritze angesaugt und in die des letzteren infundirt wird. Auf diese Weise wird die Defibrinirung, sowie die Abkühlung des Blutes vermieden. Auch die sonst drohende Gefahr der Luftaspiration in die Vene ist hier unmöglich, da das elastische Haut- und Unterhautzellgewebe, wie auch die Venenwand fest die Hohlnadel umschliessen. Durch den Wegfall der Narcose und des Hautschnittes wird die Transfusion des Charakters einer grösseren Operation entkleidet, welcher Umstand für die Einbürgerung der Transfusion in der Privatpraxis von grosser Bedeutung ist und ihre öftere Wiederholung bei ein und demselben Individuum im Verlaufe schwerer chronischer Blutanomalien ermöglicht. Das Instrumentarium besteht aus 3 Glasspritzen von je 25 Ccm. Capacität und ebensoviel Hohlnadeln, an denen zur Aufnahme der Spritze ein 3—4 Cm. langer, feiner dickwandiger Gummischlauch angesetzt ist. Ferner eine Partie steriler Gazebinden, ein grosses Gefäss mit warmer physiologischer Kochsalzlösung, und wenn möglich ein Wasserbad. Penible Asepsis ist absolutes Erforderniss. Zunächst wird der Oberarm des Blutspenders mit sterilen Binden fest umschnürt, worauf die erste Hohlnadel in die nun pralle Mediana des Blutspenders eingestochen wird, wobei die Nadel möglichst parallel zur Hautoberfläche entsprechend der Achse des Venenrohres zu führen ist. Zeigt das Abfliessen des Blutes, dass sich die Nadel in der Vene befindet, so comprimirt man den Gummischlauch und überzeugt sich durch sanftes Hin- und Herschieben der Nadel in der Vene, dass die Spitze der Hohlnadel sich nicht an der inneren Wandfläche der Vene angespiesst hat. Nun wird die vorher mittelst heisser Kochsalzlösung ausgespritzte und erwärmte Glasspritze in den Gummistutzen eingesetzt und das Blut langsam aspirirt. Während dessen wird die zweite Hohlnadel in die Mediana des Blutempfängers eingestochen, der Gummischlauch, nachdem etwas Blut ausgeflossen und die Nadel frei-

beweglich im Venenrohr befunden ist, comprimirt und die Binde am Oberarm gelöst. Dann wird die inzwischen gefüllte Spritze eingesetzt und das Blut langsam injicirt. Inzwischen wird eine zweite Spritze aus der Mediana des Blutspenders vollgesogen und in derselben Weise in die Vene des Blutempfängers entleert; während dessen wird die dritte Spritze vollgesaugt und die erste, um jeden Rest von Blut auszuspülen, mit dem warmen Kochsalzwasser ausgespritzt. — Es sind also mindestens 3 Aerzte nothwendig. — Eine Transfusion von 250—300 Ccm. Blut nimmt auf diese Weise nur 15—20 Minuten in Anspruch. Es ist rathsam, einen zweiten Blutspender bereit zu halten, damit zu demselben sofort übergegangen werden kann, falls bei dem ersteren aus irgend einem Grunde der Blutzufluss stockt. In manchen Fällen, in denen Blutentnahme und Blutinfusion ohne Störung glatt abläuft, ist weder Frost, noch Temperatursteigerung, weder Hämoglobinämie, noch Hämoglobinurie zu constatiren. Das Blutserum wurde stets frei von freiem Hämoglobin befunden, Hämoglobinurie wurde im Ganzen unter 24 subcutanen und intravenösen Transfusionen nur dreimal beobachtet. In keinem Falle trat Phlebitis oder sonst irgend eine entzündliche Reaction an der Injectionsstelle ein, häufig trat aber Frösteln und Temperatursteigerung am ersten Tage auf. Die günstige Wirkung der Transfusion auf das Allgemeinbefinden der anämischen Kranken, die Besserung des Appetites, des Schlafes und der Hautfarbe war unverkennbar.

Die subcutane Blutinjection nach *v. Ziemssen* geschieht in ähnlicher Weise, nur dass die mit Blut gefüllte Spritze mit einer Hohlnadel (ohne Gummischlauchzwischenstück) armirt und letztere unter Erhebung einer grossen Hautfalte tief in das Unterhautzellgewebe des desinficirten Oberschenkels eingesenkt wird. Während das Blut ausgespritzt wird, ist die Massage in der unmittelbaren Umgebung, besonders am Endstück der Nadel, in Thätigkeit. Die zweite Spritze wird am anderen Oberschenkel entleert, damit an der injicirten Stelle die Massage nach beendigter Injection noch eine zeitlang fortgesetzt werden kann. Auf diese Weise kann man unbegrenzte Mengen von Blut dem Körper einverleiben. In einem Falle von schwerer Anämie in Folge von Magenblutungen wurde auf einmal fast $^1/_2$ Liter Blut subcutan an beiden Oberschenkeln injicirt, ohne dass wesentliche locale oder allgemeine Störungen eintraten. Die subcutane Blutinjection hat vor der intravenösen den grossen Vorzug, dass sie sich bei directer Ueberführung des Blutes aus der Vene in das Unterhautzellgewebe leichter und mit weniger Assistenz jederzeit ausführen lässt. Ferner bleibt bei ihr die primäre Reaction des Gesammtorganismus (Frost, Temperatursteigerung etc.) aus. Dafür aber ist hier die Chloroformnarcose nothwendig und bleibt mehrtägige Schmerzhaftigkeit des ganzen Injectionsgebietes nach, die allerdings durch Eisblasen auf ein Geringes reducirt werden kann. Für die Privatpraxis dürfte vor der Hand die subcutane Blutinjection die erste Stelle einnehmen.

531. ***Die „Steinträgerlähmung“.*** *Von Hermann Rieder, München. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 7. — Centralbl. f. Nervenheilkunde. 1893. April.)*

Die in der Ueberschrift genannte Lähmung entsteht durch den Druck der hölzernen Armträger an den sogenannten Ziegel-



steinkraxen auf die Schultergegend der Maurer, und zwar handelt es sich dabei um eine mechanische Leitungsunterbrechung mit secundärer (molecularer) Degeneration durch Verletzung, respective Compression des hinteren Astes des Plexus brachialis. Nervus axillaris und radialis, die aus diesem hinteren Aste entstammen, sind am meisten befallen. Verf. führt drei Fälle auf. In zweien war die Lähmung des Armes nur links, und zwar wohl deshalb, weil die Maurer, wenn sie mit den beladenen Kraxen auf der Schulter sich fortbewegen, mit der linken Hand einen Stock zur Unterstützung der Kraxe führen, um diese vor dem Abgleiten zu bewahren, wodurch der Schwerpunkt und damit der grössere Theil der Last auf die linke Schulter verlegt wird. In einem Falle war die Parese doppelseitig. In allen drei Fällen waren es nur paretische Störungen, vasomotorische Störungen fehlten, in einem Falle waren leichte Atrophien vorhanden, die Reflexe der betroffenen Extremität waren herabgesetzt, die elektrische Erregbarkeit war normal, nur einmal bestand geringe Herabsetzung.

532. ***Die Bedeutung der Mundverdauung und des Mundspeichels für die Thätigkeit des gesunden und kranken Magens.*** *Von Dr. E. Biernacki. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Geh.-Rath Prof. Fr. Riegel zu Giessen. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXI. Heft 1 u. 2. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 11.)*

*Sticker* hatte vor mehreren Jahren einen interessanten Zusammenhang zwischen der Mund- und Magenverdauung in dem Sinne festgestellt, dass ein Ausfall der Mundspeichelwirkung von einer Verminderung oder Aufhebung der Magensecretion gefolgt sei, dass also der Ausfall der Speichelsecretion nicht nur die Aufhebung der Amylolyse bedinge, sondern auch die Proteolyse im Magen wesentlich beeinträchtige. Verf. hat diese Frage von Neuem wieder aufgenommen und ist hierbei zu sehr bedeutungsvollen und praktisch wichtigen Resultaten gelangt. Als Versuchsindividuen diente theils der Verf. und eine andere gesunde Person, theils Kranke; als Probefrühstück brauchte Verf. ähnlich *Sticker* 100 bis 300 Ccm. einer 4%igen Stärkeabkochung nebst 150—250 Ccm. Wasser und 20 Ccm. rohes Eiereiweiss. Die Versuchsanordnung war die, dass der Versuchsperson einmal das genannte Probefrühstück unter Speichelausschluss per Schlundsonde eingegossen wurde. 30 Minuten später erfolgte Ausheberung. Nach sorgfältiger Magenausspülung wurde dasselbe Probefrühstück per os und unter reichlicher Einspeichelung genommen. Als Resultat ergab sich, dass die motorische und secretorische Leistungsfähigkeit des Magens unter normalen Verhältnissen beim Einnehmen der Nahrung per os und sorgfältiger Einspeichelung viel besser vor sich geht, als bei Einführung derselben Mahlzeit per Schlundsonde und Speichelausschluss. Bei Magenkranken wurde ein verschiedenartiges Verhalten constatirt; der Magen reagirte auf die Nahrung mit dem Speichel sowohl motorisch als secretorisch in quantitativ geringerem oder demselben Grade wie der Gesunde, oder es war entweder motorische oder secretorische Steigerung der Magenarbeit wahrnehmbar, drittens, das Verhalten blieb bei Nahrungszufuhr mit und ohne Speichelzufuhr dasselbe. Auffallend war in diesen Fällen eine starke Zunahme des Pepsingehaltes, falls reger Speichelzufluss

statt hatte. Der Verf. hat nun weiter eruiren können, dass Speichelzufuhr selbst nicht die Ursache des günstigen Einflusses auf die Magenfunctionen sein konnte; denn wenn er den Speichel dem Probefrühstück direct zuführte und in den Magen goss, so waren die Verhältnisse mit einer Ausnahme nicht anders, als wenn der Speichel ganz fehlte. Es musste also der Aufenthalt der Speisen im Mund ein integrirendes Moment sein. Sobald Verf. die Versuchspersonen das Probefrühstück durchkauen liess und dann eingoss, trat eine Steigerung der Motion und Secretion ein. Es stellte sich bei diesen Untersuchungen heraus, dass die Alkalescenz der Stärkeflüssigkeit im Munde stets abnahm, häufig neutral und selbst — wenn auch selten — minimal sauer wurde. Dass hierin eine wichtige Ursache der Functionssteigerung lag, geht aus Versuchen hervor, die Verf. unter Zusatz geringer Mengen von Säuren oder Alkalien zum (speichelfreien) Probefrühstück anstellte. Es zeigte sich hierbei, dass der Magen am besten arbeitet, wenn die eingeführte Nahrung neutral oder schwach sauer reagirt. Daraus ergibt sich, dass die bessere Verdauung des Probefrühstücks fast ausschliesslich durch den Aufenthalt der Nahrung in der Mundhöhle bedingt wird, dass dagegen der Mundspeichel selbst einen geringen specifischen Einfluss auf den Magen ausübt. Unzweifelhaft spielt nach der Ansicht des Verf. der Speichel eine Rolle, obwohl wir dieselbe noch nicht kennen; wahrscheinlich wird während der Verdauung anderer Speichel abgesondert als bei leerer Mundhöhle.

533. ***Ein Beitrag zur Verwendung des Koch'schen Tuberculins als diagnostisches Hilfsmittel.*** *Von Dr.* ***Edward v. Meyer,*** *Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 9. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 43.)*

Verf. theilt zwei Fälle mit, um zu zeigen, dass wir durch die *Koch*'schen Injectionen doch wohl in vielen Fällen unsere Diagnosen genau präcisiren und auch häufig unsere therapeutischen, respective operativen Eingriffe danach bestimmen können. Der erste Fall betraf eine junge Frau im Anfang der Dreissigerjahre, welche die *Czerny*'sche Klinik wegen Ascites aufsuchte. Die klinische Diagnose beruhte auf Peritonitis tuberculosa chronica. Sie wurde der *Koch*'schen Tuberculinbehandlung unterzogen. Nach der Injection stellten sich profuse Menses ein, obgleich sie — sonst regelmässig menstruirt — vor fünf Tagen die letzte Menses gehabt hatte. Verf. sah sich dadurch veranlasst, anzunehmen, dass die primäre Affection in einer tuberculösen Salpingitis und Oophoritis zu suchen sei. Bei der einige Tage nachher vorgenommenen Laparotomie fand sich diese Vermuthung bestätigt: beiderseits war käsige Salpingitis und Oophoritis vorhanden. Die Heilung verlief nach der Exstirpation der erkrankten Adnexe glatt. Der zweite Fall betraf ein 18jähriges Mädchen mit rechtsseitiger Pyonephrose. Die Anamnese sprach für die tuberculöse Natur derselben, obgleich es nie gelang, Tuberkelbacillen nachzuweisen. Durch die Injection von Tuberculin erhielt Verf. unerwartet sichere Aufschlüsse. Die Allgemeinreaction war mässig heftig, local war subjectiv nur vermehrtes Druckgefühl in der rechten Nierengegend vorhanden. Objectiv fanden sich aber folgende interessante Thatsachen: Schon wenige Stunden nach der Injection wurde von der



Patientin vollkommen klarer, eiterfreier Urin in ziemlich beträchtlicher Menge entleert, von normalem specifischen Gewicht und vollkommen eiweissfrei, so dass man wohl annehmen konnte, dass er allein aus der gesunden linken Niere stammte. Am nächsten Tage war dann wieder reichlich Eiter dem Urin beigemengt, in dem auch das erste Mal Tuberkelbacillen nachweisbar waren. Das Experiment wurde, da Patientin unter den Reactionserscheinungen nicht litt, noch mehrmals mit gleichem Erfolg wiederholt. Der Fall war nun so aufzufassen, dass eine tuberculöse Pyonephrose vorlag, wahrscheinlich auch eine tuberculöse Erkrankung des Ureters. Durch die locale Reaction trat in letzterem so bedeutende Schwellung auf, dass Eiterretention eintrat, was durch das vermehrte Druckgefühl subjectiv sich äusserte, und dass Verf. sich überzeugen konnte, dass die linke Niere normale Function zeigte. Die Nierenexstirpation (G. R. *Czerny*) zeigte die Annahme gerechtfertigt; es handelt sich um eine Niere mit multiplen käsigen Abscessen, der Ureter war stark verdickt und in schwielige Massen eingebettet, so dass er bis zum Boden herauspräparirt werden musste. Vollkommene Heilung.

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

534. ***Formanilid, ein neues Analgeticum.*** *Von Dr. J. **Preisach**. Vortrag in der Gesellschaft der Aerzte zu Budapest am 4. Februar 1893. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 23.)*

Der Vortr. insufflirte das Mittel in zahlreichen Fällen gegen Schlingbeschwerden bei Perichondritis tuberculosa. Die in allen Fällen erreichte Analgesie dauerte in den meisten Fällen ununterbrochen 10—12, ja sogar oft 16 Stunden, nie unter zwei Stunden. Nebenwirkungen wurden nur in einem Falle beobachtet, indem Herzklopfen und Oppressionsgefühl auftraten, welche Erscheinungen aber nach 1—2 Minuten wieder verschwanden. Jene Theile der Schleimhaut, welche mit dem Mittel in Berührung kamen, werden rasch anästhetisch, so dass dieselben mit der Sonde ohne Reflexwirkung berührt werden konnten. Auch *W. Meissels* hat, nachdem er sich im Institute Prof. *A. Bókai's* von der anästhesirenden Wirkung des Formanilids überzeugt hat, das Mittel in der Praxis versucht. Tropft man dasselbe auf die Zunge oder Lippe, so wird die Schleimhaut an der entsprechenden Stelle kreideweiss und Nadelstiche werden an derselben nur als stumpfe Berührung empfunden. Spritzt man in den Darm eines in's Wasserbad gesetzten Kaninchens 1 Ccm. 1%iger Formanilidlösung, so contrahiren sich die Gefässe der betreffenden Darmpartie, so dass diese kreideweiss wird; die peristaltischen Bewegungen sistiren in der betreffenden Darmpartie. Dieselbe Lösung, in die Harnblase gespritzt, bewirkt Parese derselben. *Meisels* hat bisher das Formanilid in 20 Fällen erprobt. Es kamen 1%ige Bepinselungen und 3%ige Gurgelwässer vor Vornahme von Lapiscauterisation luetischer Geschwüre auf der Zunge, auf den Tonsillen und auf den Lippen in Anwendung. Ebenso be-



nützte er das Mittel als Anästheticum vor Anstellung der endoskopischen Untersuchung. Schliesslich versuchte er das Formanilid in 2 Fällen von Phlegmone; er injicirte vor der Vornahme der Operation 1 Ccm. einer 3%igen Lösung mittelst *Pravaz*'scher Spritze unter die Haut. In sämmtlichen Fällen stellte sich die anästhesirende Wirkung des Mittels prompt ein. Unangenehme Nebenwirkungen beobachtete er nur in einem Falle, als er in die Blase einer Frau 6 Ccm. einer 3%igen Lösung spritzte. Es trat Cyanose auf, welche mehrere Stunden dauerte, die Körpertemperatur blieb unbeeinflusst, die Zahl der Pulsschläge betrug 84. *Meissels* empfiehlt das Mittel zu weiteren Versuchen. *Franz Tausk*, der das Formanilid auf der Klinik des Prof. *v. Korányi* in 15 Fällen versuchte, erklärt das Mittel für ein werthvolles Antineuralgicum und Antipyreticum. Die innerliche Tagesdose des Formanilid betrug 10—50 Cgrm. Die schmerzstillende Wirkung war am sichersten bei Rückenmarksaffectionen, Neuralgien und Hemicranie. In 8 Fällen wurde die antipyretische Wirkung des Mittels beobachtet. Das Sinken der Temperatur beginnt innerhalb der ersten 5 Minuten nach Einnahme des Mittels. Die Temperaturerniedrigung betrug im Durchschnitt 2·2° C., das Maximum derselben erfolgte in der 4. Stunde, der Temperaturabfall dauerte 6 Stunden. In 4 Fällen wurde Cyanose beobachtet, ohne dass die Respiration oder der Puls einen gefahrdrohenden Charakter angenommen hätte. Prof. *A. Bókai* hält das Formanilid für einen starken Concurrenten des Antipyrin, Antifebrin und Phenacetin. Auf blutende Stellen in Pulverform oder in wässerigen Lösungen gebracht, stillt es die Blutung schneller als Antipyrin. Da die mit dem Mittel in Berührung kommende Schleimhaut rasch erblasst. glaubt er, dass man dasselbe als Gargarisma bei Tonsillitis und Pharyngitis anwenden könne, umso eher, da es auch anästhesirend wirkt. Dr. *Michael Neumann* hat das Formanilid in 2 Fällen versucht. Die stärkste analgetische Wirkung wird mit Cocain erzielt, erst dann folgt das Formanilid und Antipyrin (50%ige Lösung); doch während bei Anwendung des Cocains die Analgesie schon nach 20 Minuten verschwindet, dauert dieselbe bei den anderen 2 Mitteln 1—1½ Stunden. —*r.*

535. ***Croup und sämmtliche croupöse Krankheiten heilbar mittelst Pilocarpinum hydrochloricum.*** *Von Dr. Carl Sziklai, Kreisarzt in Kis-Zombor. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 21.)*

Führt man sich die pathologisch-anatomischen Vorgänge vor Augen, wie solche bei croupöser Erkrankung der befallenen Organtheile auf deren Schleimhaut zu beobachten sind, so begreift man die specifische Wirkung des Pilocarpins sofort. Der Croup, mag derselbe im Kehlkopfe als Laryngitis crouposa seu membranacea, in den Bronchien der Lunge, den Nieren, der Harnblase etc. als croupöse Entzündung auftreten, bewirkt auf der Schleimhaut des betreffenden Organes oder Organtheiles Transsudation einer fibrinreichen, zur Gerinnung neigenden Flüssigkeit, die in der That auch alsbald zu einer der Schleimhautoberfläche ziemlich fest adhärirenden Membran gerinnt. Bei Fortdauer des Krankheitsprocesses nimmt diese Membran an Dicke insolange zu, bis sie das Lumen des befallenen röhrenförmigen Canals oder des Hohlgebildes (Acini Vesica) derart verengert, dass deren physiologische Function



anfangs erschwert, später gestört und schliesslich ganz aufgehoben wird. Wenn nun nach erfolgter Transsudation dem Organismus Pilocarpin einverleibt wird, gleichviel ob durch interne Verabreichung oder auf dem Wege subcutaner Injection, so wird sich zufolge der physiologischen Wirkung dieses Mittels, welche sich in profuser Absonderung sämmtlicher Drüsen (Schweiss-, Speichel- und Schleimdrüsen) manifestirt, zwischen die auflagernde pathologische Membran und die befallene Schleimhaut eine grössere Menge von Schleim ergiessen, welcher nun die auflagernde Membran unterwäscht, dieselbe unterminirt, von ihrer Unterlage abhebt, wodurch sie nunmehr leicht eliminirbar wird. Zur Ausstossung der auf diese Weise in ihrem Zusammenhange mit der Unterlage gelockerten Membran besitzt der Organismus noch oft selbst Kraft genug; tritt jedoch diese Selbsthilfe nicht zeitlich genug ein, so kann die Eliminirung dieser Membran durch geeignetes ärztliches Vorgehen bestimmt erreicht werden. Ist z. B. bei Laryngitis crouposa die Membran nach hinreichender Anwendung von Pilocarpin durch abundanten Erguss von physiologischem Schleim von ihrer Unterlage, der Schleimhaut — des Larynx — abgehoben, verhält sie sich wie ein in denselben gelangter Fremdkörper, nämlich brechreizend und erfolgt auch factisch Erbrechen von selbst, durch welches dieselbe nun eliminirt wird, und das Kind ist gerettet. Für den Fall jedoch, dass spontanes Erbrechen nicht oder nicht zeitlich genug eintritt, bewirkt ein verabreichtes Emeticum die Ausstossung der verhängnissvollen Membran bestimmt. Ganz in derselben Weise wird nach Anwendung von Pilocarpin bei Bronchitis und Pneumonia crouposa ein Expectorans, bei Nephritis ein Diureticum, bei Cystitis ein abermaliges Ausspülen der Blase nunmehr die Wegsamkeit der Canäle, respective die Function der Acini, der Blase wieder herstellen. In mehreren Fällen von Laryngitis crouposa konnte Verf. durch Injection von 1—1·5 Cgrm. Pilocarpin lebensrettend wirken. Die subcutane Anwendung des Pilocarpins ist namentlich dann geboten, wenn Gefahr im Verzuge ist, jedoch die Eltern widersetzen sich manchesmal der Injection und Verf. gab in Fällen, wo er rechtzeitig gerufen wurde, eine Mixtur, bestehend aus 4 Cgrm. Pilocarpin auf 100 Grm. eines schwachen Ipecacuanha-Infusums. Nach Bedarf wurde die Mixtur bis zum gänzlichen Schwinden der Erscheinung wiederholt. Verf. hat bereits 12 genesene Fälle von Laryngitis crouposa zu verzeichnen. *O. R.*

536. ***Ueber die Behandlung von Magengeschwüren und einigen von diesen ausgehenden Reizerscheinungen und Blutungen.*** *Von Dr. **W. Fleiner,** Heidelberg. Vortrag am Congress für innere Medicin in Wiesbaden 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 18.)*

Der Magenschmerz ist zurückzuführen auf krankhaften Verschluss der Magenostien, auf Ueberdehnung des Magens und auf Reizung freigelegter Nerven durch den Mageninhalt bei Substanzverlusten in der Magenwand. Die Ursache des Krampfes der Cardia, der meist für nervös gehalten wird, ist in vielen Fällen eine mechanische (Ueberdehnung des Magens, Liegenbleiben harter Speisereste etc.). Pyloruskrampf entsteht bei gesteigerter Reiz-



barkeit der Pylorusschleimhaut durch Wirkung der Ingesta, oder auch reflectorisch bei Geschwüren am Pylorus oder in der Nähe desselben. Fast alle gegen den Magenschmerz gebräuchlichen Mittel haben den Zweck, durch Oeffnung des Pylorus und Steigerung der Peristaltik die Entleerung des Magens nach dem Darme zu erleichtern, so die Aufgüsse der verschiedensten Droguen, das Trinken von warmem Wasser, das Natrium sulfuricum, ebenfalls der übliche Genuss schwarzen Kaffees oder eines Cognacs nach reichlichen Mahlzeiten. Ganz anders wirken die so häufig gebrauchten narcotischen Mittel. Der Erfolg ist zwar rasch und sicher, aber vorübergehend. Der Schmerz verschwindet, der Krampf löst sich, aber der Magen erschlafft. Nach dem Erlöschen der Morphiumwirkung beginnt der erschlaffte Magen seine Arbeit unter ungünstigeren Bedingungen, als wo er sie abgebrochen hat. Heftige Schmerzen treten ebenfalls bei hämorrhagischen Erosionen, bei runden und carcinomatösen Magengeschwüren, auch bei Verätzungen des Magens auf und sind als Reizerscheinungen des Mageninhaltes auf die freiliegenden Nerven und Nervenendigungen aufzufassen. In vielen Fällen hören die Schmerzen auf, wenn der Magen sich seines Inhaltes entledigt hat; in anderen secernirt auch der leere Magen einen sauren und ätzenden Magensaft. Abgesehen von der mechanisch-diätetischen Behandlung soll man bei der Behandlung solcher Zustände die wunden und reizbaren Stellen des Magens vor Insulten zu schützen suchen. sie vom Verdauungsacte ausschalten, um ihnen die zu ihrer Erholung nöthige Zeit zu geben. Eine solche Behandlung hat *Kussmaul* in der Wismuthbehandlung erfunden. Er bringt mit Hilfe der Magensonde Bismuthum subnitr. dergestalt in den leeren Magen hinein, dass die kranken Partien der Magenschleimhaut von Wismuth überlagert werden. Früh nüchtern wird der Magen ausgespült, dann 10 bis 20 Grm. Bism. subnitr. (1—2 Kaffeelöffel) mit 200 Ccm. lauwarmen Wassers gut umgerührt und in den Magen durch die Sonde gegossen, Trichter und Sonde mit wenig Wasser gespült und bei gequetschtem Schlauche der Patient so gelagert, dass die vermuthlich kranke Stelle am tiefsten zu liegen kommt. Bei Geschwüren der Pars pylorica soll der Patient in der rechten Seitenlage liegen, wenn das Geschwür vermuthlich an der kleinen Curvatur sitzt, soll er die Rückenlage eventuell mit erhöhtem Becken einnehmen. Unter Umständen könnte auch die linke Seitenlage, die Knieellenbogenlage oder aufrechtes Sitzen nach der Wismutheingiessung in Frage kommen. Nach 5—10 Minuten hat sich das Wismuth vollständig niedergeschlagen; man lässt das Suspensionswasser ablaufen und zieht den Schlauch heraus. Haben die Patienten die vorgeschriebene Lage ½ Stunde eingehalten, so erhalten sie ihr Frühstück. Je nach den Fällen werden die Eingiessungen alltäglich, später alle zwei oder alle drei Tage wiederholt. Wismuth selbst in grossen Dosen ist unschädlich. Für die Fälle, wo das Einführen der Magensonde bedenklich erscheinen könnte, lässt man einfach den Patient eine Suspension von 10 Grm. Bism. subnitr. in 150 Ccm. lauwarmen Wassers Früh nüchtern trinken. Subjectiv tritt nach kurzer Zeit eine auffallende Linderung der Beschwerden ein. Aber ausser den sensiblen Reizerscheinungen werden durch

die Wismuthbehandlung auch motorische und secretorische Reizerscheinungen gemildert und zeitweise unterdrückt. Bei frischen Magenblutungen hat sich ebenfalls die Wismuthbehandlung sehr gut bewährt. Contraindicirt ist diese Behandlung bei Magenaffectionen mit stark verminderter Salzsäureabscheidung. Ausgenommen hiervon sind nur hämorrhagische Erosionen und ulcerirende Geschwülste.

537. ***Ueber die Behandlung von Asthma und Chorea mittelst Arsenik.*** *Von M. Murrai. (Semaine méd. 1893. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 39.)*

Verf. hat durch lang dauernde Behandlung mittelst Arsenik in Fällen von Asthma, und zwar sowohl essentiellem wie mit Emphysem verbundenem Asthma, günstige Heilerfolge erzielt. Hierzu ist es nothwendig, das Medicament möglichst lange zu geben. Im Anfang der Behandlung gibt er behufs Herbeiführung eines Nachlasses der respiratorischen Störungen und gastrischen Symptome, mit denen häufig Asthmaanfälle verbunden sind, folgende Mixtur:

| | | |
|---|---|---|
| Rp. | *Tinct. stramm.* | *8·00,* |
| | *Ammon. carb.* | *4·00,* |
| | *Natr. carb.* | *12·00,* |
| | *Magnes. carb.* | *4·00,* |
| | *Pulv. rhei* | *1·25,* |
| | *Chloroform. gutt.* | *20·00,* |
| | *Aqu. menth. piper* | *200.* |

S. 3 Esslöffel pro die.

Sind unter dem Einfluss dieser Medication die Erscheinungen genügend zurückgegangen, so beginnt er mit der eigentlichen Arsenbehandlung, und zwar erhält Patient 5 Tropfen der *Fowler*schen Lösung, zweimal täglich während der Mahlzeit, ausserdem vor dem Schlafengehen 1 Esslöffel oben genannter Mixtur. Gewöhnlich beobachtet man nach dreimonatlicher Behandlung nicht nur Besserung, sondern vollkommene Heilung des Asthma. Besonders wirksam war das Medicament beim Asthma der Kinder und bei dem nicht mit Bronchitis complicirten Emphysem. Letztere Affection scheint eine Contraindication zu bilden; ebenso hat sich das Medicament bei den am Asthma leidenden Gichtkranken und vollblütigen Patienten nicht bewährt. Handelt es sich um Asthma mit Emphysem, so verbindet Verf. mit der internen Medication des Arsens die des Strychnins. Gleichfalls bewährt hat sich das Medicament bei Chorea. Die Art und Weise, wie es vom Verf. angewendet wird, ist eine von der bisherigen abweichende, insofern als gleich im Anfang von ihm die *Fowler*'sche Lösung in grossen Dosen gegeben wird, 15—20 Tropfen pro die. In dieser Tagesdosis gegeben, soll nach den Erfahrungen Verf.'s das Arsen die Chorea in der grossen Mehrzahl aller Fälle innerhalb 8 Tagen heilen. Die *Fowler*'sche Lösung wird während der Mahlzeit in Wasser gegeben, und zwar mindestens 15 Tropfen der Lösung; geringere Gaben sind unzureichend und deshalb unwirksam. Tritt nach 8tägiger Behandlung Heilung nicht ein, so ist das Medicament auszusetzen, da sonst das Eintreten schwerer toxischer Symptome zu befürchten ist.

538. ***Das heisse Bad in physiologischer und therapeutischer Hinsicht.*** *Von Dr.* ***Baelz****, Tokio. Vortrag am Congress für innere Medicin in Wiesbaden 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 19.)*

In Japan ist es Mode, täglich, mindestens aber jeden dritten Tag, heiss zu baden. In Tokio baden in den öffentlichen Anstalten täglich 3—400.000 Menschen bei einer Temperatur von 45° C. Das heisse Bad verursacht eine vorübergehende Steigerung der Körpertemperatur bis auf 40—41°; die Gefässe erschlaffen und werden vorübergehend gelähmt. Sie reagiren nicht mehr auf äussere, z. B. Kältereize, und darauf ist es zurückzuführen, dass eine Erkältung nach dem heissen Bade so gut wie nie vorkommt. Diese tritt erst ein, wenn die Gefässlähmung vorüber ist; dann sind die Leute aber schon angezogen oder in ihrer Wohnung. Während dieses Stadiums der Gefässlähmung gibt der Organismus wieder die überschüssige Wärme ab, und die endgiltige Wirkung des heissen Bades ist eine erfrischende, tonisirende. Vor dem heissen Bade muss der Kopf mit heissem Wasser übergossen werden, um Gehirnanämie zu vermeiden. Man badet sitzend und verlässt das Bad beim Eintreten von Congestionen nach dem Kopfe. Das heisse Bad ist ein ableitendes Mittel, vorzüglich bei Capillarbronchitis und Lobulärpneumonie; ferner bei Rheumatismus. Nephritis und beim Eintreten der Menses, wenn dieselben mit Uteruscoliken verbunden sind.

539. ***Ueber elektrische Medicinalbäder.*** *Von Prof. Dr.* ***Gustav Gärtner****. (Mitth. d. Wiener med. Doctoren-Colleg. 1893. 1.)*

Das von *Eulenburg* angegebene elektrische Bad ist ein monopolares. Verf. hat ein dipolares Bad construirt, das sich vom alten dipolaren Bade wesentlich unterscheidet. Eine Badewanne wird entzweigeschnitten und durch eine isolirende Masse beide Hälften wieder miteinander verbunden. In der Wanne selbst befinden sich eine negative und eine positive Platte. Der Patient kommt in ein Diaphragma und der leere Raum wird mit Kissen ausgefüllt, welche mit Thon gefüllt werden. Dadurch entsteht das sogenannte Zweizellenbad. Der ganze Strom geht nun durch den Körper des Patienten hindurch und erhält an allen Körperstellen eine ganz gleiche Dichte. Auf diese Weise kann man selbst Ströme bis zu 250 Milliampère anwenden. Das auffallendste Symptom bei Anwendung dieses Bades ist eine intensive Röthung der Hautoberfläche, die sich bis zu einem Exanthem steigern kann und in Verbindung mit heftigem Jucken mit Urticaria Aehnlichkeit besitzt. Da bei vielen Behandlungsmethoden der Heileffect in der Bildung von Hyperämie begründet ist, so haben die elektrischen Bäder gewiss ihre Berechtigung. Hervorzuheben ist ferner deren schlafmachende und appetiterregende Wirkung, so dass sie bei Agrypnie, Neurasthenie, bei Exsudaten verschiedener Stellen und bei Gelenksrheumatismen indicirt sind. Verf. hat überdies im Vereine mit *Ehrmann* die elektrischen Bäder zur Einführung von medicamentösen Substanzen in den Organismus verwendet. Wenn man dem Badewasser Sublimat zusetzt, so kann man schon nach dem ersten Bade Quecksilber im Harne nachweisen. Die Menge des aufgenommenen Quecksilbers variirt je nach der Zahl.



Dauer und Concentration der Bäder, sowie der Intensität des Harnes. Die Aufnahme des Quecksilbers geschieht auch bei intacter Epidermis. Wichtig ist es, dass auch ganz herabgekommene Individuen dieser Cur, ohne eine Intoxication zu befürchten, ausgesetzt werden dürfen. Auf dieselbe Weise kann auch Eisen dem Organismus einverleibt werden. Die Einverleibung geschieht durch die kataphoretische Wirkung des Stromes. Elektrische Eisenbäder werden am besten hergestellt, indem man Ferrum sulfuricum oxydulatum pulverisatum in heissem Wasser auflöst und dem Badewasser zusetzt. Die Erfahrungen an Chlorotischen sprechen dafür, dass die Einverleibung des Eisens auf diese Weise viel wirksamer ist als per os. Verf. hat auch einige Versuche mit Arsen gemacht und will demnächst die Versuche mit Lithion fortsetzen, um gichtische Knoten zum Verschwinden zu bringen.

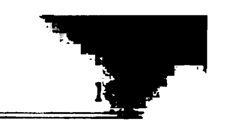
540. ***Dulcin, ein neuer Süssstoff.*** *Von Dr. Hermann Hager. (Pharm. Post. 1893.)*

Das Dulcin ist ein Süssstoff, welcher sich als Versüssungsmittel sowohl der Arzneistoffe, als auch der Speisen und Getränke für Diabetiker eignet. Ein Nährwerth ist dem Dulcin nicht beizulegen. Die Süsskraft erreicht das 200fache des Rohrzuckers. Für die feine Zunge ist das Süss des Dulcins ein angenehmeres als das Saccharinsüss. Das Dulcin bildet sehr kleine, nadel- und säulenförmige, farblose, durchsichtige Krystalle, es ist wie Saccharin in Wasser schwer löslich. Ein Theil Dulcin erfordert 700 Theile Wasser bei 15—18° C., 800 Theile Wasser bei 8—10° C. Zu weingeistiger Lösung erfordert 1 Theil Dulcin 25 Theile 90%igen Weingeist oder 80 Theile eines 45%igen Weingeistes bei mittlerer Tagestemperatur. 460—480 Theile Glycerin lösen 1 Theil Dulcin. Die wässerige Lösung erweist sich sehr dauerhaft. Dulcin ist kein Antisepticum, wohl aber ein Anticymoticum und daher auch zu aufbewahrenden Limonaden, Brausetränken etc. für Diabetiker geeignet und verwendbar. Die chemische Constitution des Dulcins oder Paraphenetolcarbamids entspricht der Formel

$$CO\left\langle\begin{matrix} NH \cdot C_6H_4 \cdot OC_2H_5 \\ NH_2 \end{matrix}\right.$$

Nach Veruchen an sich selbst sind die für den Geschmack ausreichende Mengen (0·3—0·6—1·0 Grm. pro die) völlig unschädlich, auch nach Genuss von 2·0 Grm. den Tag über stellte sich keine bemerkbare lästige Wirkung ein. Nur nach übermässig grossen Dosen Dulcin dürften sich vielleicht nachtheilige Wirkung anmelden. Die Firma J. D. Riedel liefert Dulcintabletten, von welchen eine jede 0·25 Grm. schwer ist und 0·025 Grm. Dulcin enthält. Diese Tabletten zerfallen im Wasser sehr leicht und sind zu Genusszwecken für Kinder und Diabetiker vorzüglich geeignet. Eine Tablette entspricht 5·0 Grm. Zucker. Da Lävulose dem Diabetiker wenig Nachtheil bietet, so wäre auch ein Pulvergemisch aus 95 Theilen Lävulose und 5 Theilen Dulcin, ferner eine Mischung von 95 Theilen Glycerin und 5 Theilen Dulcin für den Gebrauch des Diabetikers sehr passend. Das fein zerriebene Dulcin sammelt sich in der Ruhe an der Oberfläche des Glycerins an, ein gelindes Schütteln genügt aber, um die Mischung zu einer gleichmässigen zu machen.







# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

541. ***Die Ausräumung der Leistengrube bei krebsiger Erkrankung der Leistendrüsen.*** *Von Dr.* ***Rupprecht.*** *(Centralbl. f. Chir. 1893. 16. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. Bd. VI.)*

Die Ausräumung der Achselhöhle wird allseits als eine durchaus typische Operation, wie sie *Volkmann* angegeben hat, vorgenommen. Auch die Ausräumung der Leiste lässt sich typisch gestalten. Verf. gibt hierzu die folgende Methode an, die er in den letzten 10 Jahren in 23 Fällen geübt hat: Schnitt vom Tuberculum pubis bis zur Spina anterior superior. Der zweite Schnitt längs der grossen Gefässe vom ersten Schnitte aus nach abwärts. Die so gebildeten Lappen werden von ihrer Unterlage abpräparirt und die blossgelegte Fettmasse von allen Seiten gegen die Fovea ovalis stumpf von der Unterlage abpräparirt. Dann wird die Vena saphena im untern Wundwinkel durchtrennt. Der ganze Fettklumpen, in dem die Inguinaldrüsen enthalten sind, hängt an der Einmündungsstelle der Vena saphena in die Cruralis und wird an dieser Stelle nach Ligatur der Vena saphena dicht an der Cruralvene abgetragen. Bei grösserem Hautdefecte pflegt Verf. die Wunde zu tamponiren, sonst aber zu vernähen. Im Anschlusse erwähnt Verf. auch eines typischen Schnittes zur Ausräumung der Submaxillardrüsen, der mit einem Schnitte längs des Kieferrandes beginnt, an den ein Längsschnitt angesetzt wird, so dass die Haut in zwei Lappen abgelöst werden kann. Auf diese Weise können Submaxillardrüsen, Lymphdrüsenfett aus jener Gegend in Einem entfernt werden.

542. ***Ueber Gynatresien und deren Behandlung.*** *Von Prof.* ***F. Kehrer.*** *(Der Frauenarzt. 1892. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. Bd. VI.)*

Die am meisten zur Atresie disponirten Stellen sind das Collum uteri und der Introitus vaginae. Bei angeborener Atresie stellen sich die Beschwerden mit der ersten Menstruation ein. Von da an sammelt sich das bei jeder folgenden Periode abgesonderte Blut hinter der atretischen Stelle an. War der Scheideneingang Sitz der Atresie, so sammelt sich das Blut zuerst in der Scheide an, füllt diese aus, es entsteht ein Hämatokolpos. Später wird auch der Uterus mit den Tuben ähnlich erweitert und mit Blut erfüllt: Hämatometra, Hämatosalpinx. In regelmässigen Intervallen, entsprechend den einzelnen Menstruationen, treten dann immer heftiger werdende Molimina menstrualia auf. Da mit der Erfüllung und Erweiterung der genannten Hohlorgane durch das abgeschiedene Blut gleichzeitig eine Verdünnung in deren Wänden vorkommt, so müssen endlich die strotzend gefüllten Blutsäcke bersten. Ihr Inhalt entleert sich in die Bauchhöhle. Meist ist eine bald tödtlich verlaufende Peritonitis die Folge. Waren die Molimina menstrualia noch nicht lange zuvor aufgetreten, so reicht man gewöhnlich mit einer einfachen Spaltung der obturirenden Membran aus. Zuweilen ist es zweckmässig, ein Stück derselben auszuschneiden, hierauf drainirt man und spült regelmässig durch die Drainage aus. Bei vollständigem Defect der Scheide ist es rathsam, den uterinen Blutsack zu entleeren und die Ovarien zu exstirpiren. Wird eine Hämatosalpinx vor-



gefunden, so entfernt man die Tube sammt dem dazu gehörigen Ovarium durch Salpingotomie und Castration. In diesem Falle würde eine einfache Incision nicht genügen, die Gefahr einer Berstung der Tubensäcke nach der Entleerung des Blutes wäre zu gross. In einem diesbezüglichen Falle fehlte die Scheide vollständig. Das rechte Horn eines Uterus unicornis war durch eine Blutgeschwulst vergrössert, das linke Horn war rudimentär entwickelt (Nebenhorn). Das bluthältige Horn wurde nach dem Bauchschnitt entleert und an die Bauchdecken angenäht. Der zuerst vorgenommene Versuch, von Hymen aus gegen den fühlbaren Bluttumor vorzudringen, musste aufgegeben werden. Nachdem Verf. 5 Cm. weit vorpräparirt hatte, entstand die Gefahr, die benachbarten Ureteren zu verletzen.

543. ***Ein Vorschlag zur Herstellung des Sphincter nach Mastdarmexstirpation.*** *Von Dr. **Ch. Willems**, Agrégé an der Universität Gent, Belgien. (Centralbl. f. Chir. 1893. 19.)*

Bekanntlich besteht der grösste Nachtheil der Mastdarmamputation darin, dass der Koth schwer zurückgehalten wird. Mindestens sind Schlussapparate erforderlich, welche bei Durchfall absolut keinen Nutzen verschaffen. Ausserdem sind derartige Kranke der Entstehung eines Darmvorfalles sehr ausgesetzt. Bis heute ist fast nichts versucht worden, solch einen traurigen Zustand zu verbessern. Nur in einem Falle, wo der künstliche After 5 Cm. mass, suchte *Delorme* die Incontinentia alvi zu mildern durch eine der *Emmet*'schen Colporrhaphie ähnliche plastische Operation. Leider kam Durchfall hinzu, in dessen Folge die ganze Naht aufplatzte. Dagegen haben die entsprechenden üblen Folgen der Gastrostomie, nämlich das fortwährende Abfliessen des Magensaftes, eine wichtige Vervollkommnung der Technik hervorgerufen. *v. Hacker* hat vorgeschlagen, um den Verschluss der Fistel zu erhalten, bei der Operation die Bauchwand im linken M. rectus abdominis parallel seiner Faserrichtung zu durchtrennen. Die befriedigenden Resultate, welche *v. Hacker* in mehreren Fällen erhalten hat, beweisen, dass seine Hoffnung gerechtfertigt war, der M. rectus abdom. könne eine Art Sphincter für die Fistel bilden. Verf. will etwas Aehnliches bei der Mastdarmamputation bewerkstelligen, und zwar durch Einnähen des Darmendes in den M. glutaeus maximus. Er operirte in folgender Weise: Nachdem der untere Abschnitt des Mastdarmes sammt dem Sphincter durch einen perinealen Schnitt (z. B. Lappenperineotomie) abgetragen ist, wird der Kranke in Steinschnittlage gelassen oder gebracht. Falls der Darm nicht besonders hoch abgetragen ist, kann der obere Darmtheil ziemlich leicht nach unten gezogen werden. Hierauf wird ein Hautschnitt über das Tuber ischii schräg nach oben und aussen geführt, etwa 5—6 Cm. lang. Dieser Schnitt läuft parallel der Faserrichtung des M. glutaeus max., welchen man, von der Exstirpationswunde aus, mit dem eingeführten Finger erkennt. Mit einer Hohlsonde oder anatomischen Pincette trennt man nun stumpf die Muskelbündel von einander, gut 1 Finger breit von dem unteren Rand des Muskels, und durch den erhaltenen Spalt wird der Darm hervorgezogen und mit der äusseren Haut zusammengenäht. Ist dagegen der Darm sehr hoch oben amputirt und



das Herunterziehen bis zum Tuber ischii deswegen unmöglich (*Kraske*'sches Verfahren), so ist man gezwungen, den Darm höher in den Glutaeus zu inseriren, und zwar zwischen jene Muskelbündel, welche sich am Sacralrand festsetzen. In Seitenlage führt man durch Haut, Unterhautzellgewebe und Aponeurose einen Schnitt, welcher, genau am unverletzten (rechten) Kreuzbeinrand beginnend, schräg nach unten und aussen verläuft. Jetzt folgt, wie oben erwähnt, stumpfes Spalten des M. glutaeus max. (ferner ist Durchtrennung der Ligg. tuberoso- und spinososacra erforderlich), Anziehen des Darmrohres durch das Muskelloch und Vernähen des Darmendes mit der Haut. Nach Anlegung des künstlichen Afters kann die Exstirpationswunde bis auf Drainage geschlossen werden. Wenn man, nach Ausführung dieser Operation am Cadaver, den Finger in's Darmlumen einführt, so erhält man die deutliche Empfindung eines musculösen Ringes, welcher den Finger fest umschliesst. Verf. hatte bis jetzt noch keine Gelegenheit, das Verfahren am Lebenden auszuführen.

544. ***Ueber grünen Eiter und die pathogene Bedeutung des Bacillus pyocyaneus.*** *Von C. Schimmelbusch, Berlin. Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 62. Neue Folge. Januar 1893. Leipzig, Breitkopf & Härtel.)*

Gelegentlich eines Verbandwechsels hielt Verf. einen Vortrag über die Grünfärbung des Verbandmaterials oder über die „grüne" und „blaue Eiterung". Aus der Auseinandersetzung und Demonstration entnehmen wir, dass die Intensität der Grünfärbung in den oberen Verbandschichten am intensivsten ist, in den tieferen Schichten eine geringere wird und die Farbentöne gelblich und bräunlich werden, während das Wundsecret und die Wundfläche selbst keine Färbung aufweisen; nur die Epidermis in der Umgebung der Wunde, dort, wo grüngefärbte Verbandstoffe anlagen, zeigt spärliche grüne Färbung. Man hat also eigentlich nicht das Recht, von einer Färbung des Eiters zu sprechen, sondern nur von einer solchen des durchfeuchteten Verbandmaterials. Eine fernere ganz charakteristische Erscheinung ist der begleitende eigenthümliche unangenehme süssliche muffige Geruch. Wie kommt diese Grünfärbung und der Geruch des Verbandstoffes zu Stande? Oberflächliche chemische Prüfungen haben gezeigt, dass der Farbstoff weder Biliverdin, noch schwefelsaures Eisenoxydul, noch Vivianit, noch Indigo sein kann. *Fordos* hat die organische Natur des grünen Farbstoffes (Pyocyanin) nachgewiesen, dessen Entstehung auf eine Farbproduction belebter kleinster Wesen (Vibrionen) zurückgeführt worden. *Lücke* war der Erste, der in bestimmter Weise die Uebertragbarkeit der blauen Eiterung von einem Verbande an einem zweiten erwies und die Farbproduction auf die Wucherung belebter kleinster Wesen zurückführte. Durch die Reinculturen *Gessard's* ist die unumstössliche Thatsache erwiesen, dass die Erscheinung des grünen Eiters bedingt wird durch den Bacillus pyocyaneus, der bei seinem Wachsthum im Wundsecret den grünen Farbstoff, das Pyocyanin und den charakteristischen Geruch hervorbringt. Die Verschiedenheit und Intensität der Farbentöne hängen ab: 1. von genügender Luftzufuhr, 2. von passendem Nährsubstrat, 3. von der Beschaffenheit der Bacillen



selbst. Der Bacillus gelangt nicht aus der Luft, nicht immer durch Contact von aussen, sondern von der Haut aus, auf welcher er normal als Saprophyt vorkommt, auf die Wunden, wo er giftige locale und allgemeine Erscheinungen zu Stande bringt.

Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

545. ***Zur operativen Behandlung der Zwerchfellsverletzungen.*** *Von Prof. Rydygier. Vortrag auf dem IV. Congress polnischer Chirurgen. (Wiener klin. Wochenschr. 1892. 50. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 21.)*

Operatives Vorgehen kann sowohl bei subcutanen als bei percutanen Verletzungen des Zwerchfells geboten sein. Bei ersteren handelt es sich allerdings meist um so schwere Verletzungen anderer Organe, dass es gar nicht bis zur Diagnose und Behandlung von Zwerchfellverletzungen kommt. Kommt es aber unmittelbar nach der Verletzung zu schweren Einklemmungserscheinungen, dann muss man sich trotz der Nebenverletzungen zur Operation entschliessen. Bei percutanen Verletzungen, wo häufig Lunge, Darm, Netz und Magen vorfallen, deren Zurückbringen durch die Wunde keine Schwierigkeiten verursacht, entstehen solche erst, wenn dieselben in dem Zwerchfellriss eingeklemmt sind, der zudem noch vernäht werden muss. Dasselbe liegt vor bei Zwerchfellsbruch nach früher vorausgegangener Verletzung. Bei penetrirenden Brustwunden ist es am einfachsten, von der äusseren, eventuell zu erweiternden Wunde aus zur Zwerchfellswunde zu gelangen. Ist der Zugang unbequem, so führt man folgende Operation aus: Man führt im vierten oder fünften Intercostalraum der verletzten Seite einen horizontalen Schnitt, der etwa 12 Cm. lang ist und vorne an den Rippenknorpeln anfängt. Von seinem hinteren Ende geht ein zweiter, verticaler Schnitt nach unten durch drei oder vier Intercostalräume herab, je nachdem wir ein grösseres oder kleineres Fenster bedürfen, jedoch nicht unter die Grenze der Zwerchfellansätze. Der so gebildete dreieckige Hautmuskelrippenlappen kann mit Leichtigkeit in seinen Knorpelverbindungen nach unten und innen abgebogen werden, so dass uns ein freier Zutritt selbst zu den hinteren Partien des Zwerchfells offen steht, den wir uns je nach Bedarf noch bequemer machen können durch ein mehr seitliches Verlegen der Oeffnung. Bei frischen Verletzungen werden die Eingeweide, wenn nöthig, nach Erweiterung der Zwerchfellswunde reponirt, letztere, bei älteren Verletzungen nach Anfrischung der Wundränder, vernäht. Der Zugang von der Bauchhöhle aus ist im Gegensatz dazu stets schwierig. Die Thoracotomie ist günstiger, weil die äussere Wunde gewöhnlich die Pleurahöhle schon eröffnet hat, weil der Zugang zur Zwerchfellswunde leichter und bequemer ist und weil durch dieselbe der negative Druck in der Pleurahöhle aufgehoben wird, welche die Reposition der Eingeweide in die Bauchhöhle unmöglich machen kann. Verletzungen des Magendarmcanals oder Blutungen im Abdomen können natürlich ausserdem noch die Laparotomie erfordern. Die eingeklemmte Hernia diaphragmatica wird in praxi meist durch Laparotomie operirt, weil der Ort der Einklemmung vorwiegend erst nach derselben erkannt wird. Sollte sich die Diagnose jedoch vorher stellen lassen, so hält Verf. auch hier die Thoracotomie für besser, be-





sonders bei bereits gangränösem Darm, wo die Pleurahöhle stets schon inficirt ist und man nur so das Abdomen schützen kann. In solchem Falle räth Verf. auch nach ausgeführter Laparotomie noch die Thoracotomie hinzuzufügen. Dasselbe gilt von grösseren, nach früheren Verletzungen entstandenen Zwerchfellbrüchen, die, mit der Zeit an Umfang zunehmend, für die Patienten immer beschwerlicher werden.

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

546. ***Ueber idiopathische Gingivitis gangraenosa bei Erwachsenen.*** *Von **Richards**, London. (Semaine méd. 1893. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 40.)*

In der Sitzung der New med. Society zu London vom 22. Februar 1893 berichtet Verf. über 2 Fälle von Gingivitis gangraenosa, welche er jüngst zu beobachten Gelegenheit hatte. Im ersten Falle handelte es sich um einen 50jährigen Patienten, Koch, welcher zuvor einen Anfall von Rheumatismus überstanden hatte, der 2—3 Wochen angehalten hatte. 8 Tage vor der Consultation Verf.'s fühlte Patient eine gewisse, plötzlich auftretende Schwäche, ausserdem Schmerzen im Munde, häufigen profusen Speichelfluss; der Athem war übelriechend. Die Untersuchung der Mundhöhle zeigte, dass der ganze Alveolarabschnitt des Unterkiefers gangränös war. Die Gewebe zeigten eine schwärzliche Verfärbung, das Zahnfleisch war von den Zähnen abgelöst, dieselben waren locker, unter denselben konnte man entblösste Knochen sehen. Der Alveolarrand des Oberkiefers war gleichfalls an der Affection betheiligt, obwohl in geringerem Grade. Die Mundhöhle enthielt ausserdem an verschiedenen Stellen mortificirte Gewebsfetzen, die Zunge war trocken, schwärzlich mit dickem Belag. Puls schnell und schwach; Patient delirirte. Trotz Anwendung von verschiedenen Excitantien und antiseptischen Wässern Tod nach 24 Stunden. Was die Aetiologie anlangt, so war Quecksilberintoxication oder anderweitige Vergiftung mit Sicherheit ausgeschlossen. Der zweite Fall betraf einen 34jährigen Mann. Derselbe war plötzlich von Rachenaffectionen ergriffen worden, wahrscheinlich Tonsillitis, welche schnell ausheilte. Einige Tage darauf Mundaffection. An der rechten Hälfte des harten Gaumens, unmittelbar am Alveolarrand, fand sich eine gangränöse Partie, welche sich auch auf den Aussenrand des Alveolarbogens ausdehnte; ausserdem sass eine ähnlich aussehende gangränöse Plaque jederseits am Unterkiefer neben den Molarzähnen. Die Ordination bestand in Sublimatwaschungen der Mundhöhle. Auch hier Tod nach 30 Stunden. Quecksilber war in diesem Falle niemals genommen worden. Fälle von „Noma" sind bei Kindern häufige Erscheinungen, dagegen bei Erwachsenen äusserst selten, in den meisten Fällen ist der Mundaffection keine besondere Krankheit vorausgegangen. In den beiden vom Verf. angeführten Fällen dagegen war die Affection im Schlund secundär, in dem einen Falle war Rheumatismus, in dem andern Tonsillitis vorhergegangen.

547. ***Scopolaminum hydrochloricum, ein neues Mydriaticum, und seine Anwendung in der ophthalmologischen Praxis.*** *Von E. Rählmann. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1893. Februar.)*

Scopolamin ist ein aus der Wurzel von Scopolia atropoides erzeugtes Alkaloid, das der Gruppe der Tropeine angehört und dessen chemische Zusammensetzung von Atropin, Hyoscin etc. gänzlich verschieden ist. Es wirkt nach Thierexperimenten nicht wie Atropin reizend auf die Hirnrinde, sondern lähmend, und nicht wie Atropin pulsbeschleunigend, sondern verlangsamend. Es übertrifft nach Verf. als Mydriaticum und Antiphlogisticum alle anderen gebräuchlichen Tropeine einschliesslich des Atropins; verhält sich in der Stärke der mydriatischen Wirkung ähnlich dem Hyacin, entbehrt aber aller unangenehmen Nebenwirkungen desselben, sowie des Atropins. Bei vielen Fällen fand Verf. das Scopolin dem Atropin entschieden überlegen. Es scheint den intraoculären Druck nicht zu beeinflussen und kann deshalb bei Glaucom angewendet werden; bei frischem acuten Glaucom wurde es noch nicht versucht. Es wirkt etwa fünfmal so stark wie Atropin und lähmt wie dieses den Sphincter pupillae und die Accommodation; die Dauer der Wirkung ist nahezu die gleiche. Das Scopolamin ist anzuwenden in Lösungen von 1—2‰ (entsprechend einer $^1/_2$- bis 1%igen Atropinlösung) und es können von der stärkeren Lösung pro die 6—7 Tropfen applicirt werden. Als Bezugsquelle wird die Firma E. Merck in Darmstadt genannt. *v. Reuss.*

548. ***Wann sollen wir gewisse Augenoperationen ausführen?*** *Von Dr. Herrnheiser. (Prager med. Wochenschr. 1892. 38 u. 39. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. Mai.)*

Der praktische Arzt kommt oft in die Lage, Augenkranken Rath ertheilen zu sollen, ob und wann sie sich an einen Augenarzt wenden müssen behufs Verbesserung ihres Sehvermögens durch Operation. Uncomplicirter Staar jugendlicher Individuen, sowie überhaupt jegliche stationäre Anomalie derselben, durch welche das Sehvermögen aufgehoben ist und welche durch irgend einen Eingriff beseitigt werden kann, ist sobald als möglich zu operiren. Beim Altersstaar verhält es sich so: Doppelseitiger Cataract, welcher das Sehvermögen soweit herabsetzt, dass das Individuum nicht mehr erwerbsfähig ist, soll operirt werden; bei einseitigem uncomplicirten Cataract mit intactem anderen Auge empfiehlt es sich, die Operation nicht vorzunehmen, bei beiderseitig in verschiedenem Grade erkrankten Augen, selbst wenn der Staar an einem Auge als sogenannter ganz reifer erklärt werden kann, sie ist erst dann vorzunehmen, wenn das Sehvermögen des anderen Auges unter $^1/_3$ gesunken ist. Bei complicirtem und kosmetisch störendem Staar jugendlicher Personen ist der Zeitpunkt einer Operation gleichzeitig. Verletzungsstaare müssen unter strenger ärztlicher Aufsicht gehalten werden, um bei Drucksteigerung sofort operirt werden zu können. Discision des Nachstaares soll nicht vor Ablauf der 3. Woche, keinesfalls jedoch allzuspät, z. B. erst nach einem Jahre, erfolgen. Glaucoma acut., subacut. und chronic. soll baldmöglichst operirt werden; bei Glaucoma chronic. simplex dagegen nützt die Operation sehr wenig. Schielen ist bei Kindern womöglich vor





dem Schulbesuch, also vor dem 6. Jahre, zu beseitigen; von da ab kann die Operation jederzeit vorgenommen werden; auch vorgeschrittenes Alter ist kein Hinderniss für den Erfolg. Die Entfernung des Augapfels ist unbedingt nothwendig nur bei malignen Neubildungen, und dann möglichst frühzeitig und bei profusen Blutungen, wie sie sich bei Abtragung grösserer Staphylome einstellen und nicht anders beherrscht werden können. Jede Verletzung des Auges, die mit ausgedehnter Eröffnung der Bulbushüllen und bedeutender Zertrümmerung des Augeninnern einhergeht, sowie eingedrungene Fremdkörper, die Reizerscheinungen machen und nicht möglichst frühzeitig wieder entfernt werden können, besonders Zündhütchentheile, indiciren selbst bei theilweise noch erhaltener Sehkraft die Exenteratio bulbi. Fremdkörper, die zunächst nicht reizen, müssen jedenfalls lange strenge beobachtet werden.

549. ***Ueber die mit besonderer Weichheit des Bulbus einhergehenden phlyctänulären Hornhautentzündungen.*** *Von Dr. **W. Goldzieher,** Budapest. (Ungar. Arch. f. Med. 1892. — Centralbl. f. prakt. Augenhk. 1893. Mai.)*

Verf. sondert aus den phlyctänulären Hornhautentzündungen eine Form aus, welche sich durch besonders chronischen Verlauf und auffallende Spannungsverminderung kennzeichnet. Die Hornhautinfiltration sitzt meist central, Atropin wirkt nur wenig auf die deutlich hyperämische Iris ein. Während die gewöhnliche Phlyctänentherapie dabei häufig lange Zeit fruchtlos bleibt, hat dem Verf. die Brennung der Hornhautinfiltrate mittelst des Galvanocauters rasche und sichere Heilungsresultate ergeben. Nach Erörterung der verschiedenen Theorien über die Druckabnahme im Auge kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Tensionsabnahme bei phlyctänulären Hornhautentzündungen eine Folge abnormer Durchlässigkeit der Hornhaut ist, in Folge deren das Kammerwasser durch die undichten infiltrirten Stellen nach aussen gelangt. Die mangelhafte Wirkung des Atropins in diesen Fällen wird dadurch erklärt, dass eine Art Strömung des Kammerwassers nach aussen den Eintritt der Atropinlösung in die Vorderkammer hindert.

550. ***Ueber die Wirkung des Cocains bei Otitis media acuta.*** *Von Dr. **Wolfstein.** (Semaine méd. 1893. 15. — Allg. med. Central-Zeitung. 1893. 38.)*

Instillationen von Cocain sind in Fällen von acuter Mittelohrentzündung ein vorzügliches Mittel zur Behandlung. Dasselbe beruhigt nicht allein den Schmerz, sondern kürzt auch die Dauer der Affection ab und beugt mit ziemlicher Sicherheit der Eiterung vor. Nach Verf. soll man, wenn ein Patient über Schmerzen im Ohr in Folge von acuter Otitis media klagt, demselben unmittelbar in den äusseren Gehörgang 5–6 Tropfen einer 5%igen Lösung von Cocainum muriaticum einträufeln; nach 10—15 Minuten verschwindet der Schmerz. Sobald er sich wieder zeigt, macht man eine neue Instillation. In der Mehrzahl der Fälle genügt es, um die Affection zu beseitigen, 2—3 Tage lang 4—5 Instillationen pro die zu appliciren. In schweren Fällen, bei drohender oder bereits bestehender Vereiterung, wiederholt man die Instillation

von Stunde zu Stunde und bedient sich statt der 5%igen einer 8%igen, ja selbst 10%igen Lösung. Diese Behandlungsmethode hat Verf. in 10 Fällen von Otitis nach Scarlatina angewandt. Bei 6 Patienten wurde einer Eiterung vorgebeugt. Keiner der so behandelten Patienten bot die geringsten Symptome einer Cocainvergiftung.

551. ***Zur Behandlung der Thränenschlauch-Atresie der Neugeborenen.*** *Von Dr. A. Peters. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1893. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 43.)*

Bei vielen Affectionen der Thränenwege der Neugeborenen handelt es sich nach Verf. nicht um eine Schleimhauterkrankung, sondern um eine Atresie des Thränenschlauches und dadurch bedingte Secretverhaltung. Da dieser Verschluss nach kürzerer oder längerer Zeit spontan verschwindet, so sind zur Heilung Sondirungen nicht nothwendig, vielmehr genügt einfaches Ausdrücken des Thränensackes. Sollte man sich nach längerem Bestehen des Leidens zur Sondirung entschliessen, so würde dieser Eingriff in vorsichtiger Weise nur ein- oder zweimal zu unternehmen sein, weil dies zur Durchbohrung der die Atresie bedingenden Membran genüge.

---

## Dermatologie und Syphilis.

552. ***Tuberculose der Mundschleimhaut.*** *Von Dr. Heller. Demonstration in der Sitzung der vereinigten Dermatologen zu Berlin. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 14.)*

Der Verf. stellt eine 28jährige Dame vor, deren Krankengeschichte durch die relative Seltenheit des Falles und durch die Differentialdiagnose desselben interessant ist. Patientin hereditär tuberculös belastet, stets schwächlich, machte 1890 eine Lungenerkrankung durch, die nicht recht einer typischen Pneumonie entsprach. Patientin wurde auch mit Tuberculin behandelt, ohne auf die Einspritzungen zu reagiren. Schon vorher, 1886, war sie in Folge des sexuellen Verkehrs mit einem jungen Manne erkrankt; es wurden ihr Vaginalausspülungen verordnet. Sie selbst hielt sich für syphilitisch und wandte sich, nachdem im Jahr 1891 Halsschmerzen, die keiner Behandlung wichen, aufgetreten waren, 1892 an einen Syphilidologen, der die Affection mit Quecksilberpillen behandelte. Sie entzog sich sehr bald der Behandlung und suchte 3/4 Jahr später Verf. auf. Es wurde (April 1893) auf der Grenze zwischen hartem und weichem Gaumen ein Kranz von oberflächlichen Geschwüren constatirt. Auf der linken Tonsille ein fünfpfennigstückgrosses missfarbiges Geschwür, die Uvula, die beiden linken Gaumenbogen, die linke Tonsille von kleinen, gelben Knötchen völlig durchsetzt, die ohne Weiteres als miliare Tuberkel aufgefasst werden mussten. Bei der Inspection des Kehlkopfes fiel die starke Anämie der Schleimhaut auf; Ulcerationen der Epiglottis oder der Stimmbänder wurden nicht constatirt. An den Lungen konnten nur geringe catarrhalische Erscheinungen constatirt werden. Im Sputum wurden sehr spärlich Tuberkelbacillen gefunden. Zeichen bestehender oder abgelaufener Syphilis (Leucoderma, Drüsenschwellung) wurden nicht eruirt. Zweifellos handelt

38*



es sich um einen Fall von Tuberculose der Mundschleimhaut, die in ihren ersten Anfängen an Syphilis erinnerte und auch, zumal da die Anamnese für Syphilis sprach, eine antisyphilitische Behandlung indicirt erscheinen liess. Die Wichtigkeit der exacten Diagnose ist umso grösser, als die specifische Therapie, die für andere Kranke unschädlich ist, auf tuberculöse depotenzirend wirkt. Die Tuberculose der Mundschleimhaut ist sehr selten. Auf 8000 Patienten einer Poliklinik für Hals-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten kommen erst 4—5 Fälle. In dem vorgestellten Fall datirt der Krankheitsbeginn $1^1/_2$ Jahre zurück. Da auch jetzt die Lungenerkrankung wenig vorgeschritten ist, so darf man von einer primären oder doch wenigstens sehr frühzeitig aufgetretenen Tuberculose der Mundschleimhaut sprechen. Auffällig ist die geringe Anzahl der Tuberkelbacillen. —r.

553. ***Ueber die Verwendung des sauerstoffhaltigen Wassers als Prophylacticum gegen syphilitische Infection.*** *Von Dr. Crowczynski. (Semaine méd. 1893. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 39.)*

Verf. hat eine Reihe Versuche angestellt, aus denen geschlossen werden kann, dass die Verabreichung von sauerstoffhaltigem Wasser ein ausgezeichnetes Präservativ gegen syphilitische Infection ist. Die Versuche wurden in der Weise ausgeführt, dass er bei Syphilitischen und bei Patienten mit weichem Schanker Inoculationen mit theilweise reinem Schankereiter, theilweise mit einem Eiter machte, welcher zuvor in einem Reagensglase mit einer 3% Ozonlösung, der 0·5 Salzsäure zugesetzt war, gemischt worden war. Ozon wurde gewählt, weil dies eine Substanz ist, welche mächtige bactericide Eigenschaften besitzt und gleichzeitig frei ist von jeder ätzenden Wirkung. Der Zusatz von Salzsäure wurde gemacht, um die zuströmende Wirkung der Flüssigkeit gegen das Syphilis- und Schankervirus zu erhöhen, und zwar deshalb, weil das Secret der weichen Schanker und der Syphilide alkalisch reagirt. Verf. bemerkt, dass bei dem Zusatze von sauerstoffhaltigem Wasser zu Schankereiter stets ein deutliches Aufbrausen der Mischung beobachtet wurde. Die Inoculation wurde am Vorderarm vorgenommen, und zwar an der Haut, welche zuvor mit dem Bistouri scarificirt worden war. Nach der Scarification wurde die Gegend sorgfältig mit Seife gewaschen und hierauf mit 3% Carbollösung desinficirt, endlich getrocknet. Die Resultate dieser Untersuchungen sind folgende: 15 Inoculationen mit reinem Schankereiter gaben sämmtlich ein positives Resultat, d. h. man konnte 3 Tage nach der Inoculation kleine eiterhältige Bläschen aufschiessen sehen, welche von einer entzündlichen Zone umgeben waren, und welche sich weiterhin wie typischer weicher Schanker entwickelten. Andererseits beobachtete man bei 15 Patienten, bei welchen das Gemisch von Schankereiter und saurem ozonhaltigen Wasser inoculirt war, 14mal absolut negatives Resultat; nur einmal konnte man bei einem mit den Symptomen tardiver Syphilis behafteten Patienten die Bildung einer Ulceration constatiren, welche indessen keineswegs die Merkmale eines weichen Schankers darbot und erst 6 Tage nach der Inoculation auftrat. Endlich hat Verf. bei zwei Collegen, welche noch niemals Syphilis gehabt hatten und welche sich für



diese Versuche in heroischer Weise zur Verfügung stellten, Inoculationen von syphilitischem Gifte, welches vorher mit Ozonlösung gemischt war, vollführt. Diese Inoculationen wurden gleichfalls an einem zuvor desinficirten Theile des Vorderarmes gemacht, und zwar bei einem Collegen mit dem Secretionsproducte eines syphilitischen Schankers, bei dem anderen mit dem einer Schleimpapel. Die inoculirten Partien wurden so lange unberührt gelassen, bis sie vollkommen trocken waren. Hierauf wurde ein Watteverband gemacht, welcher 3 Tage liegen blieb. Das Resultat der Inoculation war in beiden Fällen absolut negativ. Die Resultate Verf.'s sind allerdings nicht beweisend, da sie an einer so kleinen Anzahl von Versuchspersonen ausgeführt wurden. Thatsächlich scheint es, als ob das Ozonwasser im Stande ist, die Wirkung des syphilitischen Giftes aufzuheben.

554. ***Das Acidum trichloraceticum bei einigen Geschlechts- und Hautkrankheiten.*** *Von Dr.* ***Lanz.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, pag. 271. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 667.)*

Die trefflichen Resultate, welche *v. Stein* mit der Anwendung der Trichloressigsäure bei Erkrankungen des Ohres, des Kehlkopfes und der Nase erzielt hat, veranlassten Verf., dieses Präparat in Fällen von chronischer Gonorrhoe und gegen Papillome, Warzen, Nävi der Haut zu versuchen. Cauterisation der Urethralschleimhaut einschliesslich der Pars prostatica in einer Concentration von 1 : 4 ergaben dem Autor Resultate, welche denen starker Höllensteinlösungen nicht nachstanden und den Vorzug einer energischen Aetzwirkung ohne wesentlichere und lästige Schleimhautirritation aufwiesen. Allerdings verschweigt Verf. nicht, dass die Behandlung in den günstig beeinflussten Fällen von Gonorrhoea chron., und zwar namentlich von Urethritis papillomatosa der gleichzeitigen Dilatationsmethode niemals entbehrte. Gegen Hautveränderungen obenerwähnter Art räth Verf. zur Verwendung des Mittels in Krystallform, und zwar in etwa einwöchentlichen Intervallen; hie und da benutzte der Autor Knopfsonden, auf die er Krystalle der Trichloressigsäure aufschmolz. Zur Localbehandlung hartnäckiger chronischer Gonorrhoen und zur Entfernung von Papillomen, vielleicht auch von Pigmentflecken und Nävi der Haut, empfiehlt Verf. die Trichloressigsäure wegen ihrer tiefgreifenden, die umgebenden Gewebe jedoch verschonenden Aetzwirkung auf das Wärmste.

555. ***Wundrand-Hautfaltennaht nach Ausräumung von Bubonen.*** *Von Dr.* ***Zehnder.*** *(Centralbl. f. Chir. 1892. 40. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 705.)*

Als Durchschnittsdauer der Heilung nach Bubonenexstirpation rechnet Verf. 6—7 Wochen; er hat mit der Behandlung unter dem Blutschorf und mit Naht und Drainage keine besonders günstigen Resultate erzielt; die besten Erfolge erzielte er bisher mit Jodoformgazetampons und secundärer Naht. Dabei aber platzen die Nähte durch die unvermeidlichen Bewegungen häufig oder die Wundränder weichen auseinander; vor Allem aber wird die Haut bei dieser Methode an den Grund der Wunde ungenügend angedrückt. Der Verf. erreicht das neuerdings dadurch, dass er



(primär oder secundär) eine fortlaufende Catgutnaht anlegt — unter Offenlassung des inneren Wundwinkels — dann die Haut in einiger Entfernung von den Wundrändern beiderseits in Falten aufhebt und den Kamm der beiderseitigen Falten mit Catgut, Seide oder am besten mit Silberdraht zusammennäht (Knopf-, dazwischen event. Matratzennähte). Die Vereinigung wird bei Hüftbeugung ausgeführt; musste die Haut der Wundränder entfernt werden, so kann man durch Ablösung der angrenzenden Haut genügend Material gewinnen. In 6 Fällen ist durch diese Methode eine Abkürzung der Heilungsdauer um circa 3 Wochen erzielt worden.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

556. ***Ueber das Auftreten von Eiweiss im Harn in Folge des Geburtsactes.*** *Von Dr.* ***Aufrecht****, Oberarzt der inneren Station des Krankenhauses Magdeburg-Altstadt. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 22.)*

Dr. *Friedeberg* hat auf Anregung des Verf.'s bei gesunden, gonorrhoefreien Puerperis zur Feststellung des Einflusses der Geburtsthätigkeit auf die Harnabsonderung den Harn untersucht. Diese Untersuchung von 32 Puerperis, die sämmtlich einen normalen Wochenbettsverlauf hatten, bot folgende Ergebnisse. Sämmtliche 32 Puerperae hatten vor der Entbindung kein Eiweiss im Harn. Aber nur bei 14 von diesen 32 war der Harn, der sofort nach Beendigung der Entbindung mittelst Catheters entleert war, eiweissfrei. Bei den übrigen 18 Entbundenen, also bei 56% der Fälle, enthielt der Harn mehr oder weniger Eiweiss. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich nur Epithelien aus den Harnwegen, in keinem einzigen Falle kamen Harncylinder vor und nur in einem einzigen Falle, welche zu denen mit höchstem Eiweissgehalt gehört, fanden sich unter dem Mikroskop ganz spärliche rothe Blutkörperchen. Diesem Befunde von Eiweiss ohne Cylinder und ohne Blutkörperchen in dem sofort nach der Entbindung entnommenen Harn ist neben der praktischen auch eine um so grössere wissenschaftliche Bedeutung beizumessen, weil in dem 24 Stunden nach der Entbindung auf ganz gleiche Weise entnommenen Harn kein einziges Mal Eiweiss vorhanden war. Wenn demnach vor oder im Beginn der Geburtsthätigkeit der Harn kein Eiweiss enthält, sofort nach Beendigung derselben aber Eiweiss zu constatiren ist und 24 Stunden später jede Spur davon verschwunden ist, so muss das Auftreten von Eiweiss im Harn als eine Folge der Geburtsthätigkeit, oder correcter gesagt, der Wehenthätigkeit angesehen werden. Diese aber kann einen solchen Einfluss nur dadurch ausüben, dass die mit der Wehenthätigkeit verbundene Arbeit der Bauchpresse und die damit verknüpfte exspiratorische Arbeit der Thoraxmusculatur bei geschlossener Glottis eine Stauung im Venensystem herbeiführt, welche sich auf die Nierenvenen fortsetzt und einen Durchtritt von Eiweiss in die Harncanälchen zur Folge hat. Die hier mitgetheilten That-



sachen berechtigen zu folgenden Schlüssen: *a)* Bezüglich des Geburtsverlaufes: 1. Kurz vor jeder Entbindung muss der Harn auf Eiweiss untersucht werden. Auch empfiehlt es sich, nach Ablauf des Wochenbettes das Freisein des Harns von Eiweiss festzustellen. 2. Wenn vor Beginn der Wehenthätigkeit oder im Beginn derselben Eiweiss im Harn gefunden wird, ist in Rücksicht auf die Wahrscheinlichkeit der Zunahme des Eiweisses durch die Wehenthätigkeit der Geburtsverlauf sorgfältig zu überwachen, damit kein ungünstiges Symptom im Befinden der Mutter übersehen und eventuell unter Berücksichtigung der giltigen Indicationen die Entbindung beschleunigt werden kann. 3. Wenn eine Eclampsie mit dem Beginn oder während der Wehenthätigkeit auftritt, so empfiehlt es sich, die möglichst baldige Vollendung der Entbindung zu ermöglichen. Da nach Verf.'s Beobachtungen ausnahmslos eine Nierenerkrankung mit Eiweissausscheidung der Eclampsie zu Grunde liegt, so kann mit der längeren Dauer der Wehen die Nierenthätigkeit um so schwerere Störungen erleiden und die Gefahr für das Leben der Mutter sich steigern. Wo aber die künstliche Entbindung noch nicht ausführbar ist, da dürfte Chloralhydrat als das geeignetste Mittel anzuwenden sein. *b)* Bezüglich der Nierenpathologie lässt sich folgern: 1. Die Ausscheidung von Eiweiss durch die Nieren kann ohne jede Harncylinderbildung vor sich gehen. Eiweissausscheidung und Harncylinderbildung sind also zwei von einander unabhängige Processe. 2. Die Harncylinderbildung hat mit der Transsudation von Eiweiss durch die Nierengefässe in die Harncanälchen nichts zu thun, die Cylinder entstehen also nicht aus transsudirtem Blutfibrin, sondern sind, wie Verf. an anderer Stelle nachgewiesen hat, ein Product entzündlicher Reizung der Nierenepithelien. *— sch.*

557. ***Tabes mit Zwerchfellslähmung.*** *Von Professor* ***Gerhardt*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 16. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 38.)*

Verf. hat schon in seiner Arbeit über den „Stand des Diaphragmas" seine Ansicht dahin ausgesprochen, dass bei Zwerchfellslähmung je nach der Intensität der Einathmung entweder der Einfluss der Streckung des Zwerchfells vorwalten und somit ein leichtes Herabtreten des Organes stattfinden, oder aber die Aspiration der Unterleibsorgane das überwiegende sein und somit jedesmal die der normal inspiratorischen entgegengesetzte Bewegung des Zwerchfells erfolgen könne; ferner dass der genauen Percussion der Theile eine bedeutende Beweiskraft zukommen müsse. Jetzt kann Verf. über einen Fall von Tabes — wohl der erste, bei dem Zwerchfellslähmung beobachtet wurde — berichten, der diese Ansicht rechtfertigt und etwas zur Feststellung der Zeichen dieses Zustandes beizutragen vermag. Bei der 45 Jahre alten Patientin war der Stand des Zwerchfells bei ruhigem Athmen an der sechsten Rippe in der Mamillarlinie. Man sah keine Athembewegung in der Magengrube, die Flanken wurden wenig bewegt, zuweilen etwas eingezogen beim Einathmen. Wölbte die Kranke den Rücken stark und athmete gewaltsam ein, so trat auch sichtbar Erweiterung der Thoraxbasis und der Magengrube ein. In aufrechter Stellung trat die Zwerchfellsgrenze (rechte Lungenwand)



etwas tiefer herab. Drückte man auf die Magengrube stark nach aufwärts, so trat das Zwerchfell um 3½ Cm., den Raum einer Rippe und eines Zwischenrippenraumes, hinauf. Jede Zwerchfellsbewegung liess sich schon durch leichten Druck mit der Hand auf das Epigastrium aufheben. Bei leisem Einathmen trat der untere Leberrand um 1—1½ Cm. nach oben. Faradisation der Phrenici hatte keinen oder sehr geringen Einfluss. Hier handelt es sich offenbar um eine unvollständige Zwerchfellslähmung, denn bei ruhigem Athmen fand keine beträchtliche Einziehung oder Vorwölbung der Magengegend und der Rippenbogen statt und bei absichtlich sehr tiefem Athmen vermochte die Kranke die Magengrube vorzuwölben und die Rippenbogen zu erweitern. Auch war der Stand des Zwerchfells kein sehr hoher, wie man ihn bei vollständiger Lähmung erwarten musste. Dennoch lässt sich aus dem Mitgetheilten eine Anzahl von Zeichen der Zwerchfellslähmung feststellen: 1. Während das Zwerchfell sonst ein sehr starker Muskel ist, der schwerere Lasten tragen und heben kann, lässt sich hier durch leichten Druck der Hand jede Vorwölbung des Unterleibes durch das Zwerchfell verhindern. 2. Bei tiefem Athmen tritt der untere Leberrand nach oben statt nach unten. — 3. In aufrechter Stellung steht der untere Lungenrand tiefer als im Liegen. 4. Durch Druck der Hand auf den Unterleib lässt sich der untere Lungenrand beträchtlich (hier um den Raum einer Rippe und eines Zwischenrippenraumes) nach oben schieben. Genaue Percussion des unteren Lungen- und Leberrandes in verschiedenen Stellungen des Körpers, beim Ein- und Ausathmen, bei Druck auf den Unterleib muss demnach als wichtig für die Erkennung dieser Lähmung betrachtet werden.

558. ***Das Coffein und das Kaffeedestillat in ihrer Beziehung zum Stoffwechsel.*** *Von Dr. W. Heerlein. (Pflüger's Arch. Bd. LII. Heft 3 u. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 21.)*

Auf Anregung von Prof. *Binz* stellte Verf. an Kaninchen Versuche darüber an, ob der Sauerstoffverbrauch des Thieres, also die Grösse der Oxydationen, unter dem Einflusse des Coffeins steigt oder fällt. Die tracheotomirten Thiere befanden sich an einem im Original skizzirten Athemapparat, welcher den Sauerstoffconsum direct abzulesen gestattete. Es zeigte sich, dass die Injection einer Coffeinmenge, welche so gering war, dass sie noch keine Spur von Krämpfen erzeugte, eine Steigerung des $O_2$-Verbrauchs bedingt. Auch diese Versuche zeigten wieder, dass das Coffein weder ein Nahrungs-, noch ein Sparmittel ist, vielmehr eher noch den Stoffwechsel anregt und beschleunigt. Diese Wirkung des Coffeins, welche sofort nach der Einspritzung eintritt, hält nicht länger als 2—3 Stunden an. Das Kaffeedestillat, in welchem das Kaffeol, ein aromatisches Oel von der Zusammensetzung $C_8 H_{10} O_2$, hauptsächlich enthalten ist, bewirkte fast gar keine Zunahme des Sauerstoffverbrauchs; jedenfalls bewirken die mit überhitzten Wasserdämpfen flüchtigen Bestandtheile des gerösteten Kaffees sicher keine Verminderung des Stoffwechsels. Die Wirkung des Kaffees beschränkt sich einzig und allein auf die Erregung des Nervensystems; der Kaffee ist aus der Reihe der directen wie der indirecten Nahrungsmittel zu streichen.



# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

559. ***Ueber die Ursachen des Flüssigbleibens des Blutes bei der Erstickung und anderen Todesarten.*** *Von Dr.* ***Gabriel Corin,*** *Lüttich. (Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätsw. 1893. Heft 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 43.)*

Aus der Untersuchung des Verf.'s ergibt sich, dass bei der Leiche im Blute Gerinnung nur insofern eintritt, als in demselben schon während des Lebens Ferment vorhanden war, und dass die Ausdehnung der bei der Obduction gefundenen Gerinnsel direct von der Menge des vitalen Fermentgehaltes abhängig ist. Eine weitere Erzeugung dieses Fermentes nach dem Tode findet nicht mehr statt, wenn auch im Blute die unwirksame Vorstufe desselben vorhanden ist. Die Gegenwart dieser Vorstufe ist aber die Ursache einer weiteren Gerinnung, wenn das Blut früh aus den Gefässen gelassen wird, und zwar in Folge der abspaltenden Wirkung, welche gewisse Blutbestandtheile auf diese Vorstufe ausüben. Später aber entsteht im Blute — und offenbar nicht aus dem Blute, sondern aus den Gefässwänden — ein Körper, welcher die Eigenschaft hat, die Gerinnung zu hemmen, respective die Thätigkeit der fermentabspaltenden Substanzen zu unterdrücken. Dieser Körper ist höchstwahrscheinlich identisch mit dem von *Al. Schmidt* beschriebenen Cytoglobin. Die Gefässwände spielen daher bei der Leiche eine doppelte Rolle dem Blute gegenüber: im Anfange nämlich halten sie das Blut flüssig, d. h. verhindern eine Fermentproduction, indem sie keine Erregung auf die Leucocyten, die Erzeuger dieses Fermentes, ausüben. Später aber verhindern sie die Gerinnung auch durch eine Absonderung gerinnungshemmender Substanz. Aus dem Gesagten folgt auch, dass es zwischen dem Blute der Erstickten, respective der plötzlich Gestorbenen und demjenigen der langsam Gestorbenen nur einen relativen Unterschied gibt. Dieser Unterschied ist durch den verschiedenen Fermentgehalt zu erklären. Aber in keinem Falle entsteht nach dem Tode in den Gefässhöhlen eine vollkommene Gerinnung, wie es in dem aus dem lebenden Körper gelassenen Blute geschieht. Immer bleibt neben dem Fibrin ein mehr oder weniger beträchtlicher Ueberschuss gelösten Fibrinogens. Dieses Fibrinogen ist während der ersten Zeiten nach dem Tode noch gerinnungsfähig, wird aber später ungerinnbar, und zwar, nicht weil es selbst verändert wird, sondern weil die Fermenterzeugung unmöglich wird. Zu erwähnen ist, dass dieses Flüssigbleiben des Leichenblutes ganz verschieden von dem Flüssigwerden der Leichengerinnsel ist. *Falk* hat bewiesen, dass dieses Flüssigwerden wesentlich in einer Umwandlung des Fibrins in Globulin durch Fäulniss besteht. In gerichtsärztlicher Beziehung ergeben sich aus Verf.'s Versuchen zweierlei Ergebnisse. Zunächst ein negatives: in Bestätigung früherer Angaben kann auch Verf. der flüssigen Beschaffenheit des Blutes eine Bedeutung für die Diagnose des acuten Erstickungstodes gegenüber anderen acuten Todesarten gesunder Personen nicht einräumen. In positiver Hinsicht sprechen die Versuche Verf.'s dafür, dass entsprechend der alten Lehre der geronnenen Beschaffenheit des Blutes in Extravasaten eine gewisse



Bedeutung für die vitale Natur der betreffenden Verletzungen zukommt, insofern bei Verletzungen, die erst einige Zeit nach dem Tode erzeugt werden, eine Gerinnung des austretenden Blutes nicht mehr stattfindet. Welches die Zeitgrenzen sind, bis zu denen auch an der Leiche eine Blutgerinnung eintritt, das wird durch weitere Versuche genauer zu bestimmen sein.

560. ***Ueber den Säuregehalt des Brotes und seine hygienische und nationalökonomische Bedeutung.*** *Von Prof. Dr.* ***Lehmann.*** *Vortrag in der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 10.)*

Vortr. hebt zunächst die Thatsache hervor, dass das Mehl selbst wenig oder gar keine Säure besitzt und der hohe Säuregehalt des Brotes erst durch Spaltpilze bei der Zubereitung hervorgerufen wird. Seine Untersuchungen ergaben zwei darstellbare, sauer reagirende Körper, und zwar Essigsäure und saures phosphorsaures Kali. Ausser diesen beiden sind im Rückstande noch eine in Aether und in Wasser lösliche (wahrscheinlich Milchsäure) und eine in Aether lösliche, in Wasser unlösliche Säure. Quantitativ kommen etwa auf 20 Theile flüchtiger Säure 5 Theile nichtflüchtiger, in Aether und Wasser löslicher und 4 Theile in Aether löslicher, aber in Wasser unlöslicher Säure. Die freien organischen Säuren machen etwa 40—60% der Gesammtacidität aus. Da der Säuregehalt des Brotes zwischen 1 und 20 schwankt, so ist zunächst die Frage von Bedeutung, ob das stark saure Brot schlechter ausgenützt wird als das weniger stark saure. Die Literatur enthält bisher 12 Versuche über die Ausnützung von Brot, deren Resultate aber nicht zum Entscheid der Frage nach der physiologischen Bedeutung der Brotsäuren ausreichen. 12 eigene Versuche ergaben, dass die Ausnützung des sauren Brotes sich etwas günstiger stellt als die des nicht sauren, vorausgesetzt, dass Fleisch neben dem Brot verabreicht wird. Versuche ohne Fleisch sollen angeschlossen werden. Ueberhaupt zeigte sich die Ausnützung des Brotes bei Fleischzugabe sehr deutlich günstiger als ohne Fleisch. Um zu suchen, ob und inwieweit die Säure im Stande ist, die in manchem Brote vorhandenen giftigen Pflanzenstoffe unschädlich zu machen, versetzte Vortr. Brotteig, und zwar verschieden sauren Brotteig, mit Kornrade und fand, dass bei stark saurem Brotteig das Gift ganz unschädlich gemacht wird, während bei schwach saurem Brote geringe Grade von Vergiftungserscheinungen vorkommen. Es compensirt also die nachlässige Gährung einigermassen die Wirkung der nachlässigen Getreidereinigung.

561. ***Zur Steilschriftfrage.*** *Von* ***C. Stellwag v. Carion,*** *Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893. 10. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 35.)*

Verf. macht darauf aufmerksam, dass bei der Frage: Ob Schrägschrift oder Steilschrift? die historische, entwicklungsgeschichtliche Seite derselben ganz ausser Acht gelassen wurde. Während die Steilschrift des früheren Mittelalters als Schrift nicht in Betracht kommt, weil sie mehr gemalt als geschrieben wurde, zeigt sich deutlich, dass, je mehr das Schreiben eine in weiteren Kreisen geübte Fertigkeit wurde, bei den Völkern, die links nach rechts schrieben, die Schrägschrift gebräuchlich wurde. Dagegen hat sich bei den Völkern, die von rechts nach links schrieben,



durchweg die Steilschrift eingebürgert. Ferner schrieben alle Linkshändigen, die wie wir von links nach rechts schreiben, eine steile oder gar nach links überfallende Schrift, auch wenn sie, vorher im Gebrauch der rechten Hand befindlich, eine nach rechts geneigte Schrägschrift hatten. Für diese auffallende Uebereinstimmung sucht Verf. einen besonderen Grund und glaubt ihn darin zu sehen, dass anatomisch nothwendig ist, die Schrägschrift zu schreiben, weil nur dadurch der Grundsatz erfüllt werde, „beim Schreiben möglichst wenige Muskeln mit thunlichst geringer Kraftanstrengung in Thätigkeit zu setzen, um die potentielle Energie derselben in kleinsten Quoten auszunützen und so die Fähigkeit zu Dauerarbeiten zu steigern". Er begründet das damit, dass beim Schreiben der Ellbogen als fixer Mittelpunkt der vielen Kreisbogen gilt, den die Spitze der Feder beschreiben muss, um die Striche auf eine gerade Linie zu setzen. Da die Schattenstriche nun nur durch Streckung und Beugung der ersten 3 Finger hergestellt werden, so steht die Ebene, in der sich die Federspitze bewegt, senkrecht auf der Ebene, die man sich durch die Querachse des schreibenden Handgelenkes gelegt denkt. Diese letztere schneidet das Papier in schräger Richtung von links oben nach rechts unten; die darauf senkrechte Ebene muss also von rechts oben nach links unten verlaufen: „d. h. die Schrift der von links nach rechts Schreibenden muss eine Schiefschrift mit nach rechts geneigten Buchstaben sein." Verf. begründet auch die Steilschrift der von rechts nach links schreibenden Völker auf analoge Weise. Durch die Steilschrift der von links nach rechts schreibenden Völker würde ein beträchtliches Mehr an Muskelarbeit geleistet werden, denn es würde, um durch Beugung und Strecken der 3 ersten Finger die Schattenstriche herzustellen, nöthig sein, das Handgelenk aus seiner schrägen Ebene der wagerechten zu nähern; dazu sind eine Reihe von Muskeln nothwendig, ebenso wie auch zu der erforderlichen stärkeren Streckung der Hand in senkrechter Richtung, wobei der Ulnarrand der Hand von seiner Unterlage abgehoben werden muss. Verf. hat selbst — als Notenschreiber — von Jugend auf die Steilschrift geübt und berichtet von häufiger Ermüdung und peinlichen Schmerzen in den Einwärtsdrehern und -Streckern der Hand. Er warnt also vor der Einführung der Steilschrift.

562. ***Zur Prostitutionsfrage.*** *Von Dr.* ***Blaschko.*** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft. (Deutsche med. Wochenschr. 1892, pag. 314 u. 409.)*

Vortr. bekennt sich in seinem Vortrage als Gegner der Bordelle, für welche Ansicht er die Statistik von *Bergh* in Kopenhagen, von *Fournier* verwerthet, aus denen hervorgeht, dass ungleich mehr Syphilisübertragungen durch öffentliche Dirnen als durch die geheime Prostitution stattfinden (das Gegentheil haben jedoch entschieden die Statistiken von *Commenge* für Paris und die italienischen vor und nach Aufhebung der Bordelle erwiesen. D. Ref.). Er macht des Weiteren darauf aufmerksam, dass in Berlin die Zahl der venerischen Erkrankungen von 180% allmälig auf 25% gesunken ist, eine Abnahme, welche sich auch aus den Zahlen des Gewerkskrankenvereines feststellen lässt und welche

correspondirt mit der Abnahme der Todtgeburten. Vortr. kommt schliesslich zum Schlusse, dass die gewerbsmässige Prostitution gefährlicher ist als die gelegentliche, weil die ersteren viel stärker exponirt sind wie die letzteren; daraus ergebe sich der Schluss, dass der Versuch, die nichtgewerbsmässigen Prostituirten einer Controle zu unterwerfen, aufzugeben ist; nur die gewerbetreibende Prostitution sei zu überwachen, und zwar sei Untersuchung und Behandlung dem modernen Stande der Wissenschaft anzupassen (nicht wie jetzt in Berlin unzulänglich und alle 14 Tage). Die Untersuchung habe in den Krankenhäusern stattzufinden, wo sich die Behandlung unmittelbar anzuschliessen habe. Viel Beachtung sei namentlich der Nachbehandlung der entlassenen, oftmals noch nicht geheilten Prostituirten zuzuwenden. Vortr. macht schliesslich darauf aufmerksam, dass eine wirksame Therapie der chronischen Gonorrhoe beim Weibe noch fehle, dass andererseits das Krankencassengesetz, welches immer noch Geschlechtskranke von der freien Behandlung ausschliesse, fehlerhaft sei. In der Discussion macht *Max Wolff* aufmerksam auf die ausserordentliche Bedeutung der Gonorrhoe und hebt auf das Eindringlichste den Werth der Gonococcenuntersuchung hervor. *Wolff* hält ferner die Ungefährlichkeit der nichtgewerbsmässigen Prostitution für keine so unbedingte wie Vortr., *Lewin* und *Behrend* verwahren sich dagegen, dass syphilitische Kranke von ihren Abtheilungen ungeheilt entlassen werden. *Lewin* spricht schliesslich ebenfalls gegen die Bordelle und schlägt die Decentralisation der Untersuchung der Prostituirten vor. *Güterbock* leugnet die Bedeutung der Gonococcen als Infectionsträger der Gonorrhoe. *Rosenthal* schliesst sich Vortr. und *Lewin* an. *Meyr* stellt sich speciell in der Cassenfrage auf den Standpunkt des Vortragenden. *Galewsky.*

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 563. *Ueber die Function des Magens.*

*Von Prof. Dr. G. v. Mering.*

*(Therapeutische Monatshefte. 1893. Mai.)*

Verf. berichtet über Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen, welche sich auf die Function des Magens beziehen. Die Thatsache, dass Kranke mit ausgesprochener Gastrectasie in Folge von Pylorusstenose in der Regel an Durst, Oligurie und Obstipation leiden, sowie trockene Haut zeigen, erklärt man allgemein dadurch, dass von einem dilatirten Magen schwer Flüssigkeit resorbirt und ausserdem durch den verengten Pförtner wenig in den Darm übergeführt werde. In dem Magen solcher Patienten finden sich, wenn der Inhalt nicht künstlich entleert wird, meist grössere Mengen von Flüssigkeit. Befreit man — beispielsweise Abends — einen derartigen Magen von seinem Inhalt völlig und bringt eine Mahlzeit, z. B. eine dicke Mehlsuppe, in denselben, so findet sich am anderen Morgen oft noch Flüssigkeit in demselben vor, und zwar mehr und von weit geringerem specifischen Gewicht,



als Abends in demselben eingeführt worden war. Diese Beobachtungen machten es Verf. in hohem Grade zweifelhaft, ob die allgemein verbreitete Ansicht, im Magen finde unter normalen Verhältnissen eine ausgedehnte Wasserresorption statt, richtig sei, und brachten ihn auf den Gedanken, dass vom Magen auch in gesunden Tagen kein Wasser in nennenswerther Menge aufgenommen, wohl aber Nährstoffe (Pepton, Zucker etc.) resorbirt würden und dafür Wasser in den Magen übertrete. Auf Grund dieser Beobachtungen suchte Verf. die Fragen

1. findet eine Resorption im Magen statt?
2. was wird im Magen resorbirt und
3. was geht sonst bei dem Resorptionsact im Magen vor?

experimentell zu lösen:

In einer grösseren Anzahl von Versuchen wurde grossen Hunden das Duodenum einige Centimeter unterhalb des Pylorus durchschnitten und die beiden Duodenallumina in die äussere Haut eingenäht. Es befanden sich somit zwei Fistelöffnungen am Bauch, die eine führte zum Pylorus, die andere in das Duodenum. Nachdem die Thiere sich nun von der Operation und Narcose erholt hatten, bekamen sie Wasser zu trinken. Während dieselben tranken, floss bereits reichlich Wasser aus dem Magen, und zwar stets in Portionen oder „schussweise". Brachte man den Finger an den Pylorus, so konnte man deutlich fühlen, wie sich derselbe in kurzen Intervallen öffnete und schloss. In einer Minute öffnete sich der Pylorus 2—6mal, um jedesmal Wasser in der Menge von mehrerem (2—15) Ccm. zu entleeren. Die Entleerung erfolgte unter Druck, dauerte einige Secunden, dann kam eine längere Pause, dann folgte wiederum eine Entleerung u. s. w. Hierbei stellte sich die bemerkenswerthe Thatsache heraus, dass sämmtliches in den leeren Magen eingeführtes Wasser wieder ausfloss, zuweilen einige Cubikcentimeter mehr, auch weniger. Die Zahl der Versuche, welche beweisen, dass in dem leeren Magen eingeführtes Wasser nicht durch die Magenwand verschwindet, beträgt mehr als hundert.

Der Beweis, dass kein Wasser in nennenswerther Menge von der Magenhöhle direct aufgenommen wird, geht schon daraus hervor, dass die Thiere dauernd von Durst gepeinigt wurden. Dieselben tranken Wasser literweise, ohne dass ihr Durst nachliess, ja, je mehr sie tranken, um so schlimmer wurde der Durst, und zwar wohl deshalb, weil noch ein geringer Ueberschuss von Flüssigkeit in Folge stattgehabter Secretion ausgeschieden wurde. Das ausgeflossene Wasser war oft nicht sauer. Die Thiere wurden mit grösseren Mengen warmer Milch, welche vortrefflich resorbirt und assimilirt wurde, vom Dünndarm aus genährt. Trotz reichlicher Milchzufuhr gelang es nicht, die Thiere dauernd am Leben zu erhalten. Einige Zeit, 4—8 Tage nach der Operation, zeigten sie einen eigenthümlichen Symptomencomplex; es traten Zuckungen in den Extremitäten, in den Muskeln des Gesichtes ein, die Thiere hatten starre Extremitäten, gingen wie mit Drahtbeinen, stöhnten, knirschten zuweilen mit den Zähnen, hatten weite Pupillen, gingen zuweilen mit den Vorderfüssen auf dem Fussrücken, zeigten mitunter Parese einer Extremität und starke Reflexerregbarkeit. Die



Thiere verriethen Durst, konnten aber das Maul nicht öffnen, es trat Somnolenz, tiefe Athmung ein, und bald erfolgte der letale Ausgang. Diese Symptome decken sich mit den Erscheinungen, welche *Kussmaul* zuerst als Magentetanie beschrieben hat, und welche später auch von *Gerhardt* und *F. Müller* beschrieben wurden. Die Ursache der Magentetanie hat sich mit Sicherheit nicht ausfindig machen lassen. Auf Grund der Versuche des Verf. liegt es nahe, daran zu denken, dass beiden Krampfzuständen, sowohl den am Krankenbett beobachteten, als den experimentell erzeugten, dieselbe Ursache zu Grunde liegt, und zwar hält es der Verf. für wahrscheinlich, dass der Ausfall des Mundsecrets (Speichelsaft, Mundschleim), welches normaler Weise in den intermediären Stoffwechsel gelangt, die genannten Symptome veranlasst hat. In mancher Beziehung erinnern die betreffenden Störungen an diejenigen, welche nach Exstirpation der Schilddrüse auftreten.

Es wurde ferner eine grosse Anzahl von Versuchen angestellt, um über die Resorptionsfähigkeit der Magenschleimhaut Aufschluss zu erhalten. Von besonderem Interesse ist folgender. Ein Jagdhund erhielt 300 Ccm. 4·38°/₀ige Salzsäure. In der nächsten Stunde flossen aus der Fistel 427 Ccm. ab, eine nähere Untersuchung ergab, dass in der abgeflossenen Flüssigkeit nur halb so viel Salzsäure enthalten, als zugeführt worden war, dagegen wurde ebensoviel Chlor gefunden, als mit der Salzsäure zugeführt worden war, d. h. die Hälfte der zugeführten 4°/₀₀igen Salzsäure war im Magen resorbirt worden. Es wurde in der letzten Zeit von Seite der Toxicologen darauf hingewiesen, dass das Gewebe der lebenden Magenschleimhaut gegenüber den stärksten chemischen Agentien eine auffallende Immunität besitzt. Zur Erklärung dieser Thatsache lässt sich nunmehr soviel anführen, dass die normale Magenschleimhaut im Stande ist, nach Belieben gefährliche Concentrationen zu verringern, Säure zu produciren und starke Säure zu neutralisiren.

Die Ergebnisse seiner Versuche fasst Verf. in folgende Sätze zusammen: 1. Die Ueberführung des Mageninhaltes in den Darm erfolgt in Intervallen durch rhythmisches Oeffnen und Schliessen des Pylorus; 2. Flüssigkeit verlässt den Magen schneller als feste Nahrung, der (leere) Magen resorbirt kein Wasser. Von Sodawasser wird im Magen kein Wasser, wohl aber Kohlensäure in reichlicher Menge resorbirt. Alkohol wird vom Magen in hohem Masse resorbirt. — Zucker (Traubenzucker, Milchzucker, Rohrzucker, Maltose) wird in wässeriger Lösung in mässiger Menge vom Magen resorbirt, in alkoholischer Lösung in etwas grösserer Menge. Dextrin, sowie Pepton werden vom Magen aus resorbirt, aber in geringerer Menge als Zucker. Die Menge der resorbirten Substanz wächst mit der Concentration der Lösung. Mit der Resorption der eben genannten Substanzen geht Hand in Hand eine mehr oder weniger lebhafte Ausscheidung von Wasser in den Magen, die im Allgemeinen um so erheblicher ist, je grösser die Menge der resorbirten Substanz ist. Es erfolgt reichliche Ausscheidung von Wasser in den Magen auch dann, wenn keine Salzsäure sich im Magen nachweisen lässt. — Aus den gewonnenen Resultaten ergibt sich für die praktische Medicin, dass bei Magen-



dilatation, namentlich in Folge von Pylorusstenose, alkoholische Getränke zu verbieten sind. Empfehlenswerth ist die Zufuhr concentrirter Nährstoffe mit nachfolgender Magenausspülung. Die Wasserzufuhr erfolgt in schweren Fällen zweckmässig per Clysma täglich etwa 3 × 400 Ccm. Wasser oder $^1/_2{}^0/_0$ige Kochsalzlösung. An der Ausführung der geschilderten Versuche haben auch die DDr. *Aldehoff* und *Happel* mitgewirkt. *—sch.*

# Literatur.

564. ***Aeltere Beiträge zur Physiologie der Sinnesorgane in Neudrucken und Uebersetzungen.*** *Herausgegeben von* ***Arthur König,*** *Professor an der Universität Berlin. 1. Das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels, dargestellt in Abhandlungen von E. v. Brücke, W. Cumming, H. v. Helmholtz und C. G. Theod. Ruete. Mit 12 Abbildungen im Text. Hamburg und Leipzig, Verlag von Leopold Voss. 1893. 154 Seiten.*

Es ist gewiss ein sehr dankenswerthes Unternehmen, das Prof. *König* mit dem vorliegenden, von der Verlagsbuchhandlung *Hermann v. Helmholtz* zum 50jährigen Doctorjubiläum gewidmeten Bändchen begonnen hat. Die älteren kleinen Aufsätze, die oft die Grundsteine für den Aufbau der heutigen Wissenschaften bilden, sind von der jüngeren Generation oft kaum gekannt, da sie im Buchhandel vergriffen oder in alten Jahrgängen von Zeitschriften, die vielleicht schon zu erscheinen aufgehört haben, vergraben und schwer zugänglich sind. Das erste Bändchen enthält 6 Abhandlungen der oben genannten Autoren, die das Augenleuchten und die Erfindung des Augenspiegels zum Gegenstande haben, und zwar: Anatomische Untersuchungen über die sogenannten leuchtenden Augen bei den Wirbelthieren, von *Ernst Brücke;* Ueber das Augenleuchten beim Menschen und seine Anwendung zur Ermittelung von Krankheiten der Netzhaut und der hinteren Bulbushälfte, von *William Cumming*; Ueber das Leuchten der menschlichen Augen, von *Ernst Brücke;* Beschreibung eines Augenspiegels zur Untersuchung der Netzhaut im lebenden Auge, von *H. Helmholtz;* Der Augenspiegel (und das Optometer) für praktische Aerzte, von *C. G. Theod. Ruete* und Ueber eine neue einfachste Form des Augenspiegels, von *H. Helmholtz.* Die Durchlesung der Titel genügt vollkommen, um zu zeigen, welche Perlen dem Leser geboten werden, so dass man den weiteren Bänden mit Vergnügen entgegensieht. Die Ausstattung von Seite der Verlagsbuchhandlung ist des Inhaltes würdig.

*v. Reuss.*

565. ***Die menschliche Zelle. Grundzüge ihres Daseins und ihrer Gesundheitspflege. — Cellular-Biologie und -Hygiene.*** *Von Dr. med.* ***Carl Francke.*** *Leipzig, G. Thieme, 1891. 8°. VII und 746 Seiten. 2 Tafeln und 40 Abbildungen.*

Das vorliegende Werk muss nach Anlage und Durchführung als durchaus originell bezeichnet werden, wenn auch der Zweck, wie der Autor selbst zugibt, Cellular-Biologie und -Hygiene zu vereinigen, nichts Neues ist. Neu ist aber daran die Art und Weise, wie er diesen „Einheitsbestrebungen“ Herr wird — und es ist diese Methode der Behandlung, wenigstens wie mir scheint, für den praktischen Arzt interessant, für den Laien, der aber bei der Lectüre nicht blos lesen, sondern schon studiren muss, sehr anregend. Ihn wird die Liebe, ja die Begeisterung,



mit welcher das Buch geschrieben ist, nicht weniger erfreuen und für das Thema erwärmen, als ihm die Klarheit der Textirung angenehm, ja nothwendig ist. „Eine gedrängte, dem heutigen Wissen so gut wie möglich entsprechende Uebersicht über alle Lebensäusserungen und Lebensbedingungen der gesunden menschlichen Zelle mit Zuhilfenahme nur der meist begründeten Vermuthungen, doch mit genauer Kennzeichnung derselben als Vermuthungen, zu geben — schreibt er — schliesst folgende bedeutsame Vortheile in sich: Zunächst verschafft ja alles Wissen Befriedigung, geistige Freiheit und Macht, aber gerade das naturwissenschaftliche Uebersehen gewährte jenes beglückende Gefühl, mitten in dem Ringen der Menschheit nach Entledigung ihrer Fesseln zu stehen, mit theilzunehmen an dem Kampf nach Freiheit und so mit zu geniessen den Lohn der Kämpfenden, das Glück." — Mit diesen Worten ist der Standpunkt des Verfassers wohl ausreichend gekennzeichnet — und so einladend es wäre, aus der Vorrede auch noch weitere Sätze herauszuziehen, müssen wir uns im Folgenden doch begnügen, in Kürze einen Ueberblick über die Anordnung und Vertheilung des Stoffes zu bieten, soweit dies auch nur wieder in Hauptüberschriften möglich ist; auf die ganz originalen Untergliederungen kann natürlich hier wieder nicht eingegangen werden. Das erste Buch, die Cellular-Biologie, behandelt zunächst den Aufbau und das Leben der menschlichen Zelle (sonst ist man gewohnt, dieses Capitel als Zellenhistologie und Zellenphysiologie zu lesen), dann das Verhältniss der Zellen zu ihrer Umgebung — sonst würde man dies etwa Zellenpathologie nennen — und in diesem Rahmen bringt Verf. ausführlich die Lehre von den Spaltpilzen. Ein dritter Theil behandelt „die Bedeutung des Stärkezustandes unserer Zellen im Allgemeinen und im Besonderen den Krankheitsursachen gegenüber" mit den Diagnosen der „starken" und der „schwachen Zelle". — Die Cellular-Hygiene behandelt im ersten Theile die „Erziehung zur Zellstärke", das ist die Ernährung, die Wärme, die Reize (das „Zellturnen"), dann Allgemeines über die Erziehung und die künstliche Zellenstärkung, im zweiten Theile das Capitel der Reinlichkeit, nach Organen und Bedürfnissen angeordnet, im dritten die Behandlung kranker Zellen und Körper (die Cellular-Therapie). Den Schluss bildet eine Skizze „über die Aerzte" und auch hier kennzeichnet Verf. seinen idealen Standpunkt wieder mit der Dreitheilung des ärztlichen Berufes „als Lehrer für alle, als Helfer für die Heilbaren, als Freund auch den Unheilbaren" und schliesst das Buch mit den Worten Hippokrates': „Wo ärztliche Kunst ist, da ist Liebe zu den Menschen!"

Es scheint mir auch bemerkenswerth und nöthig, hier speciell hervorzuheben, dass Verf., wo immer möglich, sich ganz principiell deutscher Ausdrucksweise bedient, ja selbst Umschreibungen nicht scheut, wo Begriffsbestimmungen noch fehlen. „Naturwissenschaften und Heilkunde sind wahr," schreibt er, „sie brauchen nicht den Schein der Gelehrsamkeit, den viele Fremdwörter verleihen, deren Begriffe doch oft so ungemein dehnbar, vollständig unbestimmt in ihren Begrenzungen sind." — Vielfach sind in Fussnoten die Literaturquellen angeführt, denen ein eigenes Autorenregister gewidmet ist; ein zweites „alphabetisches Inhaltsverzeichniss" schliesst den stattlichen Band ab. Von den zwei Tafeln gibt die eine Abbildungen von Zellen (Epithel-, Bindegewebe-, Eiter-, Blutzellen), die andere eine graphische Darstellung der procentischen Zusammensetzung und Nährungswerthe der menschlichen Nahrungs-

mittel. Wenn wir schliesslich auch erklären müssen, mit Verf. nicht ausnahmslos Einer Ansicht zu sein — und wer könnte dies wohl überhaupt heutzutage leisten? — so gestehen wir doch unumwunden, dass uns das Studium dieses interessanten Werkes in hohem Grade befriedigt und seine zielbewusste Dictionsweise hoch erfreut hat. Dr. *v. Dalla-Torre.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

566. ***Ueber Tetanie.*** *Von Prof. Dr. Ewald. Vortrag, gehalten am XII. Congress für innere Medicin am 14. April 1893. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 22.)*

Es handelt sich um eine 26jährige Patientin, welche mit 18 Jahren zuerst menstruirt war und mit 22 Jahren eine normale Geburt hatte. Seitdem cessirten die Menses und trat an ihre Stelle ein meist nur einen Tag dauernder Anfall von Diarrhoe. Sie fühlte sich gesund und arbeitsfähig bis zum Februar 1892, als die Stühle häufiger wurden, bis zu 6—7mal täglich kamen und flüssige schaumige Entleerungen von gelber Farbe producirten, die ohne Leibschmerzen eintraten, aber ein grosses Schwächegefühl bewirkten. Anfang März 1892 war Patientin arbeitsunfähig, Ende März trat der erste Tetanieanfall auf, der 3 Tage dauerte. Dann trat im April und Mai je ein eintägiger Anfall auf, im Juni mehrere, ebenso im August, und dann kamen im September und November die Anfälle fast wöchentlich und dauerten zwischen 2—5 Tagen. Am 8. November wurde der letzte schwache Anfall beobachtet. Sie verliess Ende December das Hospital und hat während des Monats Februar 1893 wieder eine Reihe von Anfällen gehabt, die sich insofern von den früheren unterschieden, dass sie zwar täglich auftraten, aber nur 12 Stunden dauerten. Die Anfälle, die wesentlich auf Arme und Hände beschränkt waren, Beine und Gesicht nur in geringem Masse betrafen, waren mit allen Zeichen der classischen Tetanie verbunden. Zweimal wurden die Anfälle durch Einführen des Magenschlauches ausgelöst, später nicht mehr, und waren auch nicht durch Beklopfen der Magen- und Bauchgegend zu erhalten.

Die Patientin hatte dyspeptische Beschwerden, leichte Magenschmerzen und wiederholtes Erbrechen, aber eher eine verminderte wie gesteigerte Salzsäureabsonderung. Es bestand eine leichte Magenerweiterung, keine Gastroptose. Patientin war stark abgemagert und hatte in kurzer Zeit circa 53 Pfund verloren. Es hatten sich Chloasma im Gesicht und eine Alopecia unguium eingestellt. Die Stühle waren stets hellgraugelb, respective von der Farbe des Bildhauerthons; während der Diarrhoen waren sie wässerig, schleimig und schaumig, zu den anderen Zeiten dickbreiig, selten fest. Es fanden sich unverdaute Nahrungsreste, viel gelb gefärbte halbverdaute Muskelfasern, viel Fetttröpfchen und Fettsäurekrystalle, aber niemals Helmintheneier oder sonstige Abnormitäten. Die Anfälle traten jedesmal auf, wenn der Stuhl fest oder breiig war, und liessen nach, wenn wieder diarrhoische Entleerungen kamen. Dieser Zusammenhang war so constant und typisch, dass die Kranke selbst darauf aufmerksam machte und der Gedanke sich aufdrängte, dass während der Diarrhoen ein Stoff aus dem Körper entfernt werde, der während der Stuhlretention in grösseren Mengen resorbirt werde und eine specifische Giftwirkung äussere. Es wurde deshalb eine chemische

Untersuchung des Kothes und des Harnes in dieser Richtung durch Herrn Dr. *Jacobson*, derzeit Assistent am Augustahospital, angestellt. Dem Trockenkoth wurde durch Aether in drei verschiedenen Proben 35, 40 und 38% des Gesammtgewichtes entzogen. Im Aetherrückstand fanden sich nach entsprechender Behandlung fast ausschliesslich Fettsäuren, deren Schmelzpunkt der Palmitin- und Oleinsäure entsprach.

Der Urin wurde zur Zeit des Anfalls, unmittelbar darnach und etwa 14 Tage später untersucht, und zwar wurden jedesmal 10, respective 6 L. nach den *Brieger*'schen Methoden auf Ptomaïne bearbeitet. Aus den ersten und zweiten Harnmengen liess sich schliesslich aus dem Quecksilberchloridniederschlag ein alkoholisches Extract gewinnen, welches sämmtliche Alkaloidreactionen und eine Pikratverbindung, die sich in büschelförmigen Nadeln ausschied, ergab. Das Platin und Goldsalz war nicht erhältlich. Harn Nr. 3, sowie 2 Controlharne, von denen der eine von einem Fall schwerer peripherer multipler Neuritis, der andere von einer schweren traumatischen Neurose stammte, gaben, in derselben Weise bearbeitet, keine Reaction.

Thierversuche mit subcutaner Injection der wässerigen Extracte fielen negativ aus. Dies ist nicht zu verwundern und kann die Beweiskraft der chemischen Reactionen nicht umstossen, denn es hat sich um so geringe Mengen Substanz gehandelt, dass dieselben unter dem Schwellenwerth der physiologischen Wirkung waren, dagegen die sehr viel empfindlicheren chemischen Reactionen gaben.

Der Vortragende ist der Ansicht, dass in dem Fall von Tetanie durch mangelnde Darmverdauung ein Toxin entstanden ist, welches während der Durchfälle in zu geringen Mengen resorbirt wurde, um zur physiologischen Wirkung zu kommen. Erst wenn durch Stuhlverhaltung grössere Mengen desselben auf das Nervensystem einwirken konnten, brachen die tetanischen Erscheinungen aus. Sie konnten aber auch in der Zwischenzeit ausgelöst werden, wenn durch einen starken Reiz das sozusagen im labilen Gleichgewicht befindliche Nervensystem betroffen und der vorhandene latente Reizzustand über den Schwellenwerth hinaus gesteigert wurde.

---

# Kleine Mittheilungen.

567. ***Bei der Behandlung der Hämoptoe der Phthisiker*** empfiehlt **Daremberg** als neu Eisapplication auf die Testikel oder die grossen Schamlippen. Diese Methode verdankt er Prof. *Gros* (Algier). Man empfindet einen plötzlichen, sehr schmerzhaften, aber sehr flüchtigen Druck und das Blut steht. Wenn der Blutauswurf sich wiederholt, verschreibt Verf. die Application von Eis auf die äusseren Genitalien zweimal täglich oder behält das Eis 5 Minuten lang im Contact mit der Haut.

(La France méd. 1892. 51. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 46.)

568. ***Zwei Fälle von Pseudo-Hermaphroditismus masculinus bei zwei Geschwistern.*** *(Abtheilung des Dr. Engel-Reimers.) Von Dr.* **Nonne.** *(Jahrbücher der Hamburgischen Staatskranken-anstalten, II. Jahrg. Leipzig 1892.)*

Verf. beschreibt an zwei für weibliche Personen gehaltenen, je 18 und 21 Jahre alten Geschwistern des Genaueren die äusserlich sichtbaren anatomischen Eigenthümlichkeiten der Genitalien. Da letztere im Wesentlichen bei beiden die gleiche Anomalie darboten, so mag hier eine zusammenfassende Darstellung platzgreifen. Die Clitoris stellt einen 5 Cm. langen undurchbohrten prominirenden Penis dar,

der an seiner unteren Fläche eine Rinne trägt, die bis zu der Urethralmündung führt. Das die Clitoris umgebende Präputium setzt sich seitlich in die als Nymphen imponirenden Hautfalten fort. Die grossen Labien sind äusserlich normal gebildet, in beiden lässt sich, meist erst durch Abdrängen vom Leistencanal, je ein Hode mit Nebenhoden constatiren. Zwischen der nur kurzen Urethra (wie beim Weibe) und der unteren Verbindung der Längsfalten des Präputiums (Frenulum labiorum) befindet sich ein Blindsack von 2, beziehungsweise 3 Cm. Länge, der mit Schleimhaut ausgekleidet ist. Durch ringförmig vorspringende Falten der Schleimhaut ist ein Hymen vorgetäuscht. Etwas einer Portio Aehnliches findet sich nicht, ebensowenig Organe, die als Prostata, Uterus oder Ovarium gedeutet werden könnten. Der übrige Habitus war sonst ganz der eines Mannes, Gesicht dem Alter entsprechend mit Bart bedeckt. Dagegen soll nie Erection und Samenerguss vorgekommen sein, wie auch kein Hang zum weiblichen Geschlecht besteht. Die jüngere von beiden Geschwistern machte auch Bekanntschaft mit dem Krankenhaus, als sie von einem Arbeiter syphilitisch angesteckt war. Das Merkwürdige an diesen Anomalien ist das gleichzeitige Vorkommen bei zwei Geschwistern, während bei einem 16jährigen Bruder, einer 12jährigen und einer 23jährigen Schwester keine Abweichung an den Geschlechtsorganen wahrgenommen werden konnte. Dies familiäre Vorkommen von Pseudo-Hermaphroditismus masculinus ist in Parallele zu stellen mit dem gehäuften Vorkommen von Uterus bicornis und Hypospadie in einer und derselben Familie.

*A. Philippson.*

569. ***Schanker des oberen Augenlides.*** *Von **H. W. Ring.** (Med. record. N.-Y. 1892. 5. November.)*

Verf. beschreibt folgenden Fall: Eine 17jährige Aufwärterin hatte am rechten oberen Augenlid um den Thränenpunkt und von da etwa 4 Mm. auf die benachbarte Haut und Conjunctiva übergreifend ein Geschwür. Dasselbe bestand schon seit 3—4 Monaten und glich zuerst einem „Gerstenkorn", war schmerzlos und belästigte hauptsächlich durch die reichliche Absonderung und Thränenfluss. Eine indurirte Basis war nicht nachweisbar, auch konnte bei Nachforschung keine Infectionsquelle entdeckt werden. Das Allgemeinbefinden war gut. Unter indifferenter Behandlung verschlimmerte sich das Geschwür und war nach 14 Tagen um ein Drittel vergrössert und secernirte viel Eiter. Die Präauriculardrüsen waren geschwollen. Abermals eine Woche später war der Geschwürsgrund hart, das obere Augenlid roth und stark geschwollen, die Submaxillardrüsen geschwollen. Auf der Unterlippe und rechten Tonsille fanden sich Plaques muqueuses und im Rachen wunde Stellen. Unter specifischer Behandlung erfolgte völlige Heilung. *Sternthal.*

570. ***Sulfonsalbe.*** Mit diesem Namen belegt ***Carles*** (Rep. de pharm.) ein Gemisch aus 1 Theil conc. Schwefelsäure und 5 Theilen Schweinefett. Die Sulfonsalbe soll als örtliches Reizmittel wie Senfpapier, Thapsiapflaster, Crotonölsalben Verwendung finden. Beim Gebrauch ist die mit der Sulfonsalbe bestrichene Hautstelle zum Schutze der Kleider mit Watte zu bedecken; die Salbe ist mit Wasser abwaschbar.

(Pharm. Centralh. 1893. 21. — Prager med. Wochenschr. 1893. 22.)

571. ***Schanker im Munde.*** *Von Dr. **Griffin.** (Med. record. 1892. October.)*

Verf. hat unter 1200 Fällen von Syphilis 12 Fälle mit Primäraffecten in der Mundhöhle gesehen. Darunter waren 3 Geschwisterkinder von 9—15 Jahren, die sich gegenseitig durch Küssen inficirt hatten. Zum Schluss betont der Verf. die Möglichkeit, dass durch Cigarrenarbeiter etc., die an luetischen Plaques oder anderen syphilitischen Mundaffectionen leiden, die Krankheit weiter übertragen werden könne und wünscht, dass gesetzmässig in Fabriken eine Untersuchung der Mundhöhle stattfände.

---







stoffen, also die Herstellung von Pepton, zu ersparen. Man bereitet zu diesem Zwecke Pepton fabriksmässig aus den Säften des feinsten Fleisches. *Eines der vorzüglichsten Nährmittel dieser Art ist das „Meat Juice" der rühmlichst bekannten und wiederholt ausgezeichneten grossen Londoner Firma Brand & Comp.*

*Dieses Präparat besteht*, wie „Lancet" am 7. Januar 1893 ausführlich berichtet, *aus einer kräftigen, nahrhaften und stimulirenden Flüssigkeit*, welche aus bestem Rindfleische unter Druckanwendung in kaltem Zustande bereitet wird. Dieser Zubereitungsprocess muss als ein besonderer Vorzug hingestellt werden, indem dadurch nicht nur, wie die Analyse ergab, die werthvollen Eigenschaften des Fleisches, sondern auch der frische, angenehme und natürliche Geschmack desselben intact erhalten wird. Bei Erwärmung verwandelt es sich in eine feste Masse, vermöge seines Gehaltes an unalterirtem Eiweiss. Spectroskopisch betrachtet, sind die charakteristischen hämoglobinischen Streifen wahrzunehmen, während die klare Flüssigkeit diese Eigenschaft nach dem Kochen nicht mehr aufweist und das Coagulum eine dunkelrothe Farbe annimmt. Die stattgehabte Analyse ergab das folgende Resultat: Wasser 60·00, Rindfleisch = Extractive 29·65 (3·06 Theile Stickstoff enthaltend) und mineralische Bestandtheile 10·35, welch letztere der Hauptsache nach lösliche phosphorsaure Salze und Siedesalz vorstellen. Von etwaigen schädlichen Zumengungen war keine Spur vorhanden.

Der hohe Nährwerth dieses Päparates liegt daher auf der Hand *und wäre es im Interesse Magenkranker und Reconvalescenten, wenn sich*, wie in England und dem Deutschen Reiche, *auch in Oesterreich-Ungarn und den Donauländern recht viele praktische Aerzte veranlasst finden würden, mit diesem ausgezeichneten, von den hervorragendsten Autoritäten aller Länder empfohlenen Präparate Versuche zu machen.* Dasselbe wird theelöffelweise, ohne Zusatz von Wasser, genommen.

---

## *Internationale Ausstellung für die Gebiete: billige Volksernährung, Armeeverpflegung, Rettungswesen und Verkehrsmittel, nebst einer Sportausstellung, Wien 1894.*

Der unter dem hohen Protectorate Sr. kais. und kön. Hoheit des durchlauchtigsten Herrn Erzherzogs Franz Ferdinand von Oesterreich-Este stehende Verein zur Verbreitung landwirthschaftlicher Kenntnisse veranstaltet von Mitte April bis Mitte Juni 1894 in Wien (Rotunde, k. k. Prater) eine internationale Ausstellung. Dieselbe umfasst 1. das Gebiet der billigen Volksernährung, rationeller Bereitung und Herstellung der Nähr- und Genussmittel, der hierzu erforderlichen Geräthe und Maschinen. Daran reihen sich Specialconcurrenzen, besonders eine Bierconcurrenz. Die 2. Abtheilung ist der Armeeverpflegung gewidmet. Sämmtliche Verpflegsartikel der Heeresverwaltungen, die in den verschiedenen Staaten für Menschen und Thiere gefordert werden, sollen in Mustercollectionen ausgestellt werden. Ferner sollen die neuesten Einrichtungen der Kochapparate für Militärzwecke in Kasernen und für's Feld im praktischen Betriebe vorgeführt werden. In der 3. Gruppe soll das Rettungswesen und hygienische Einrichtungen vereinigt werden, um bei Unglücksfällen durch private und öffentliche Hilfe im Krieg und Frieden helfend einzugreifen. Als 4. Abtheilung reiht sich daran eine Ausstellung der Verkehrsmittel, sowie die 5. Gruppe, die eine Schaustellung des Sportwesens bieten wird. Mit der Ausstellung werden populäre Vorträge und Demonstrationen der ausgestellten Apparate und Geräthe verbunden. Anfragen sind zu richten an das Bureau des obgenannten Vereines, Wien, I., Minoritenplatz Nr. 4.

---

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Braatz, Dr. Egbert,* Königsberg i. P., früher Assistent an der chirurgischen Universitätsklinik des Geheimrathes Czerny in Heidelberg. Die Grundlagen der Aseptik und praktische Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung. Mit 19 Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1893.

*Czermak, Dr. Wilhelm,* k. k. Universitäts-Professor und Vorstand der Universitäts-Augenklinik in Innsbruck. Die augenärztlichen Operationen. I. Heft. Mit 76 Originalholzschnitten. Wien, Druck und Verlag von Carl Gerold's Sohn, 1893.

*Eisler, Dr. Paul,* Privatdocent und Prosector am anatomischen Institut zu Halle a. S. Grundriss der Anatomie des Menschen. Ein Compendium für Studirende. Mit 15 Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

*Guttmann, Dr. S.*, geh. Sanitätsrath in Berlin. Jahrbuch der praktischen Medicin. Begründet von Dr. Paul Börner. Unter Mitwirkung von zahlreichen hervorragenden Fachmännern. Jahrgang 1893. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

*Haug, Dr. Rudolf,* Docent der Ohrenheilkunde an der Universität, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der königl. chirurgischen Universitätspoliklinik zu München. Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen für praktische Aerzte und Studirende. Mit 3 Figuren im Text und 102 farbigen Trommelfellbildern (Orig.). Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

*Kaltenbach, Dr. Rudolf,* o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. Lehrbuch der Geburtshilfe. Mit 102 in den Text gedruckten Abbildungen und zwei Tafeln in Farbendruck. (Bibliothek des Arztes. Eine Sammlung medicinischer Lehrbücher für Studirende und Praktiker.) Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893.

*Kaposi, Dr. Moriz,* Professor für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkrankheiten an der Wiener Universität. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende. Vierte, umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit zahlreichen, theilweise farbigen Holzschnitten. II. Hälfte. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

*Loebisch, Dr. W. F.,* o. ö. Professor der medicinischen Chemie an der Universität Innsbruck, k. k. Sanitätsrath. Anleitung zur Harnanalyse für praktische Aerzte, Studirende und Chemiker. Mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Medicin. 3., durchaus umgearbeitete Auflage. Mit 58 Holzschnitten. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

*Martin, Dr. August,* Docent für Gynäkologie an der Universität zu Berlin. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten nach den in den Feriencursen für Aerzte gehaltenen Vorträgen. Mit 204 Holzschnitten. 3., umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

## Einbanddecken.

**Wir erlauben uns anzuzeigen, dass auch für den Jahrgang 1892 elegante Einbanddecken angefertigt wurden, und zwar können dieselben von uns direct per Kreuzband für die „Med.-Chir. Rundschau" um 80 kr., für die „Wiener Mediz. Presse" um 1 fl. 20 kr. und für die „Wiener Klinik" um 70 kr. incl. Postversendung per Stück bezogen werden.**

**Im Auslande durch alle Buchhandlungen.**

**URBAN & SCHWARZENBERG, Medicinische Verlagsbuchhandlung,**

**Wien, I., Maximilianstrasse 4.**


Andreas Saxlehner
k. u. k. Hof-Lieferant
Eigenthümer der
Hunyadi János Quelle
Zu haben in allen Mineralwasserdepôts sowie in allen Apotheken.
Man wolle ausdrücklich verlangen:
Saxlehner's Bitterwasser
Als bestes seiner Art bewährt und ärztlich empfohlen
Anerkannte Vorzüge:
Prompte, milde, zuverlässige Wirkung.
Leicht und ausdauernd von den Verdauungs-Organen vertragen.
Geringe Dosis. Stets gleichmässiger und nachhaltiger Effect. Milder Geschmack.






Digitized by Google

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.





# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

572. ***Ueber primäre chronische Myocarditis.*** *Von Dr.* ***K. Kelle.*** *Aus der medicinischen Klinik zu Leipzig. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XLIX. 4 u. 5. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 19.)*

Die chronische primäre Myocarditis befällt jedes Alter, ist aber gewöhnlich in der ersten Hälfte des Lebens bis zum 40. Jahre häufiger. Die anamnestischen Angaben ähneln vollkommen denen bei Herzfehlern, doch wird der acute Gelenksrheumatismus nicht so häufig genannt, wie bei jenen. Das Herz ist in der Regel in beiden Hälften vergrössert. Die Grade der Erweiterung schwanken sehr beträchtlich. Die Herzaction ist gewöhnlich in abnormer Ausdehnung sicht- und fühlbar, die Schlagfolge ist meistentheils irregulär, jedoch nicht immer; bemerkenswerth ist die Abhängigkeit von psychischen Erregungen. Der Spitzenstoss ist oft verstärkt, auch die zweiten Töne an der Herzbasis sind stärker accentuirt. Die Auscultation gibt reine oder dumpfe Töne, wenn nicht Geräusche durch das Vorhandensein sogenannter relativer Insufficienzen sich bemerkbar machen. Zum Zustandekommen des Klappenschlusses ist eine directe verengernde Thätigkeit des Herzmuskels in der Umgebung der Klappe nothwendig, so dass nach *Krehl* auch bei fehlender Erweiterung der Herzhöhlen dennoch durch die Formveränderungen und Störungen innerhalb des Myocards an den Klappen derartige musculäre Klappeninsufficienzen entstehen können. Natürlich sind diese Vorgänge, wenn sie auch bei der primären Myocarditis sehr häufig vorkommen, für diese nicht charakteristisch, sondern können sich eben so gut bei Myocarditiden secundärer Natur nach Nephritis, Arteriosclerose und dergleichen einstellen. — Das periphere Arteriensystem muss bei der primären Muskelerkrankung des Herzens immer frei von sclerotischen Veränderungen sein. Subjective Symptome der Herzinsufficienz sind in den späteren Stadien der Krankheit stark ausgeprägt, auch echte Anfälle von Angina pectoris konnten beobachtet werden. Ebenso wurden in einem Falle schwerere Blutveränderungen, die an perniciöse Anämie erinnerten, constatirt. Temperatur gewöhnlich normal, in einigen Fällen hectisches Fieber. Anatomisch fand sich stets Dilatation beider Ventrikel, häufig auch Hypertrophie. Zur Erklärung letzterer weist Verf. auf den Umstand hin, dass durch die Erkrankung des Myocards die Möglichkeit, sich durch depressorische Gefässreflexe die Arbeit zu erleichtern, für das Herz in Wegfall kommt und zur Ueberwindung des Blutdruckes in den Arterien daher eine vermehrte Arbeit des Ventrikels, die zur Hypertrophie führt, nöthig sei. Das Myocard (nach *Krehl* untersucht) zeigt in allen Fällen parenchymatöse und interstitielle Ver-

änderungen. Die Gefässe sind nicht in grösserer Ausdehnung erkrankt, an einzelnen finden sich endarteriitische Herde. Aetiologisch ist wohl anzunehmen, dass die Mehrzahl der Fälle infectiösen Ursprung haben, und zwar mögen Typhus, Rheumatismus, Variola. Scharlach, Diphtherie, Erysipel, Lues eine Rolle spielen; für die anscheinend „ohne Ursache" gekommenen Fälle mögen wohl geringe. anscheinend spurlos vorübergehende Infectionen, wie Angina tonsillaris, in Betracht kommen. Für die Diagnose sind Erscheinungen von abnormer Herzthätigkeit massgebend, welche durch Peri- oder Endocarditis nicht erklärbar sind. Bestehen peri- oder endocarditische Symptome daneben, so wird es zweifelhaft bleiben, wie weit das Myocard dabei betheiligt ist. Sind Anomalien der Schlagfolge mit reinen Herztönen verbunden, so ist die Diagnose sicher. Für die differentielle Diagnose gegenüber der Coronararteriensclerose ist das Alter des Pat. und das Verhalten der peripheren Gefässe von Bedeutung. Begleiten jedoch die oben erwähnten Klappeninsufficienzen die Myocarditis, so ist die Unterscheidung von einer Klappenendocarditis schwer und oft unmöglich. Beweisend für die erstere ist der Wechsel des Befundes, das Fehlen während einiger Tage und Stunden. Für Myocarditis spricht auch das Fehlen einer Verstärkung des zweiten Pulmonaltones bei vorhandenen Geräuschen. weil der rechte Ventrikel gewöhnlich in die Muskelerkrankung mit hineingezogen ist. Ueber den Verlauf lässt sich an der Hand der bisherigen Beobachtungen noch nicht viel sagen, einige Fälle verliefen rapid zum Exitus, andere besserten sich rasch, verliessen aber ungeheilt die Klinik.

573. ***Ueber die Influenzapneumonie.*** *Von Dr.* ***Beck.*** *(Charité-Annalen. XVII. Jahrg., pag. 857 ff. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 19.)*

Die Influenzapneumonie zeigt einen ganz erheblichen und eigenartigen Charakter, so dass schon allein aus der physikalischen Untersuchung die Diagnose gestellt werden kann. Die Pat. erkranken plötzlich, häufig mit Schüttelfrost, Kreuz- und Gliederschmerzen, fast ausnahmslos mit Kopfweh; einzelne hatten heftige Stiche in der Brust, sie boten in der Regel das Bild eines Schwerkranken dar, frequente Athmung und leichte Cyanose liessen auf eine Lungenerkrankung schliessen. Der Puls war frequent, hohe Temperatursteigerung bis zu 40° und darüber, sehr häufig mit tiefen morgendlichen Remissionen; Appetitlosigkeit, Stuhlgang in der Regel angehalten, niemals profuse Diarrhoen. Der Lungenbefund nach der Dauer der Erkrankung verschieden, aber stets charakteristisch. In ganz frischen Fällen meist an der hinteren unteren Partie eine Dämpfung mit deutlichem Bronchialathmen. das aber selbst wieder ganz charakteristisch, meist wie aus der Ferne kommend sich anhörte, daneben fein- und grobblasiges Rasseln. In anderen Fällen spielte sich der ganze Verlauf mehr in den Spitzen ab und die physikalische Untersuchung bot mehr das Bild einer tuberculösen Spitzenaffection, die aber nach Ablauf der Krankheit sich wieder vollständig verlor. Andere Fälle boten wieder das Bild der Wanderpneumonie dar, indem die Erkrankung von einem Lappen auf den anderen übersprang. Das Sputum, das regelmässig in grossen Mengen entleert wurde, hat während des

ganzen Krankheitsverlaufes und auch nach längerer Zeit während der Reconvalescenz eine gelbliche bis hellgrüne Farbe und zähe schleimige Beschaffenheit, so dass es von den Pat. nur mit Mühe expectorirt werden kann. In dem Sputum finden sich auf der Höhe der Erkrankung die Influenzabacillen in Reincultur und sind sehr häufig auch noch lange Zeit während der Reconvalescenz zu beobachten. Niemals hatte das Sputum rothbraune Färbung und niemals fand sich der *Fränkel*'sche Diplococcus. — Das Fieber zeigte einen der Febris hectica der Phthisiker ähnelnden Charakter mit steilem Ansteigen gegen Abend und tiefen morgendlichen Remissionen; nach Aufhören der groben Lungenerscheinungen nimmt die Temperatur wieder ihren normalen Verlauf an. Pathologisch-anatomisch stellt sich die Influenzapneumonie als eine wahre Bronchopneumonie, und zwar als eine solche von eiteriger Beschaffenheit dar.

574. ***Ueber ein accidentelles Herzgeräusch.*** *Von Dr. **E. Moritz**, St. Petersburg. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 19.)*

Verf. hat wiederholt ein systolisches lautes Geräusch an der Auscultationsstelle der Art. pulmonalis — am 2. und 3. linken Rippenknorpel und besonders im 2. Intercostalraum — beobachtet. Nach den Handbüchern ist dieses Geräusch fast immer ein accidentelles, durch Compressionsstenose erzeugtes — nicht ein organisches, etwa von Stenose oder Rauhigkeiten der Semilunarklappen der Pulmonalis abhängiges. Die Deutung desselben aber ist sehr unbestimmt. Es wird gesagt, es käme zu Stande durch Druck peribronchialer oder mediastinaler Drüsen, es fände sich bei Pneumonien und Tuberculösen mit mächtigen Infiltraten. Bei der verschwindenden Seltenheit von Fehlern am Pulmonalisostium und bei der oft sehr lauten Hörbarkeit dieses Geräusches auf dem Manubrium sterni ist es gut, über dessen Natur klar zu sein, um sich vor diagnostischen Irrthümern zu hüten. Es waren Verf. schon einige Male Kinder mit solchem Geräusch aufgefallen, an welchen sonst nichts Krankes aufzufinden war, aber besonders deutlich wurde die Erscheinung gelegentlich zweier Fälle (junge Leute mit 23, beziehungsweise 19 Jahren, deren Krankengeschichte s. im Original). Diese beiden Fälle, in welchen durchaus keine die Arteria pulm. comprimirende Geschwulst, keine Drüsenpackete, kein Lungeninfiltrat an dieser Stelle angenommen werden kann, stimmen so vollkommen in allem Wesentlichen überein, dass Verf. zu folgender Erklärung der betreffenden Geräusche gelangt: Ziemlich flach gebauter, sehr elastischer Thorax, dünne, federnde Rippen; sehr expansible Lungen, die beim Exspirium sich vom Herzen zurückziehen, wodurch letzteres linkerseits in grosser Ausdehnung dem Thorax anliegt; grosses, erregbares Herz, starke Thoraxmusculatur. Wenn diese Bedingungen gegeben sind, wird beim Exspirium, respective beim forcirten Exspirium die Arteria pulm. durch die Brustwand comprimirt und dadurch entsteht das erwähnte Geräusch — ohne dass irgend etwas Krankhaftes an dieser Stelle zu liegen braucht. Demnach braucht das systolische Pulmonalisgeräusch nicht nothwendig Symptom eines krankhaften Processes zu sein, sondern kann unter gewissen Bedingungen bei ganz gesunden jugendlichen Individuen vorkommen. Selbstverständlich sind Compressionsgeräusche an dieser Stelle auch aus pathologischen Gründen vor-

handen. Verf. behandelt eben einen jungen Mann, auch flachbrüstig, dessen ganze linke Lunge tuberculös infiltrirt ist und ausgedehnte Cavernensymptome zeigt. Derselbe hat auch das systolische Geräusch im 2. Intercostalraum links beim Exspirium. Hier aber dürfte die infiltrirte Lunge, vielleicht Bronchialdrüsen, mitspielen; desgleichen dürfte häufiger vorkommen. *O. R.*

575. ***Zur Behandlung der paroxysmalen Tachycardie.*** *Von Dr. G. Rosenfeld, Stuttgart. Bericht über die Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medicin. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 25.)*

Die plötzliche Steigerung der normalen Herzfrequenz, welche anfallsweise auftritt und nach einiger Zeit wieder verschwindet, nennt man paroxysmale Tachycardie. Die Zahl der Herzcontractionen ist in einem solchen Anfall oft bis auf 200 und mehr Schläge in der Minute gesteigert. Am Herzen selbst sind ausserhalb des Anfalls keine Veränderungen wahrzunehmen. Der Puls kann nur am Herzen und nicht an der Radialis gezählt werden. So unvermuthet ein solcher Anfall entsteht, eben so unvermittelt endigt er auch wieder nach kürzerer oder längerer Dauer. Als Ursache dieser Anfälle werden Ueberanstrengungen des Körpers und Ueberreizung des Gehirns angegeben, besonders wenn sie einen schon vorher etwas geschwächten Körper treffen. Der Anfall selbst wird als eine Neurose des Herzens betrachtet, und es wird sich wohl eher um eine Lähmung der Hemmungsnerven des Herzens, als um eine Reizung der Beschleunigungsnerven des Herzens handeln. Wie weit der automatische Motor der Circulation, der Herzmuskel, dabei betheiligt ist, dessen Ganglien bekanntermassen nur sensible und keine motorischen Fasern besitzen, ist noch nicht festzustellen. In den Anfällen der paroxysmalen Tachycardie sind Digitalis, Amylnitrit und Nitroglycerin häufig ohne Nutzen. Auch Morphium nützt meist nur dadurch, dass in der Narcose die Beschwerden weniger fühlbar sind. In mehreren Fällen war die Compression des Nervus vagus am Halse von eclatantem Erfolge. Neu ist die Beobachtung, dass ein allseitiger Druck auf den Inhalt der Brusthöhle, wie er ausgeübt wird nach tiefer Inspiration, bei Fixation des Zwerchfells und Feststellen der Rippenbogen von momentanem Erfolg in diesen Fällen ist. Vier Fälle wurden mit Nutzen auffallender Art so vom Verf. behandelt.

In der Discussion betont *Schott* (Nauheim), dass die Prognose der paroxysmalen Tachycardie nicht stets so günstig zu stellen sei, wie dies von vielen Autoren jetzt öfters angenommen werde. In vielen Fällen seien die tachycardischen Anfälle nur die Vorläufer gefährlicherer Herzerkrankungen. *Schott* sah gute Erfolge von einmaligen grösseren subcutanen Dosen von Morphium, von Amylnitritinhalationen im Paroxysmus, während in der anfallsfreien Zwischenzeit der längere Gebrauch des Bromnatriums sich nicht selten nützlich erwiesen habe. Statt Kälte ist nach *Schott* auch häufig die von ihm empfohlene Hitzeapplication am Platze. Massage in der Form von Tapotement vermöge die Herzaction des öfteren zu verlangsamen. Bäder von 31—33° C. seien ein bekanntes Beruhigungsmittel bei gesteigerter Herzaction. Die gymnastische Behandlungsmethode kann in der Form der Widerstands- wie Selbsthemmungsgymnastik oft in kurzer Frist die tachy-



cardischen Anfälle beseitigen. Der auf diese Weise erzielte Effect käme nicht durch intrabronchiale Drucksteigerung zu Stande, sondern sei auf reflectorische Wirkungsweise zurückzuführen. Schliesslich weist *Schott* noch darauf hin, dass der Arzt durch die psychische Behandlung der Kranken sehr viel Nutzen bei der Therapie des tachycardischen Anfalles zu stiften vermöge.

576. ***Mittheilung eines Falles von „statischem" Hitzschlag.*** *Von Dr. **E. Sartorius.** (Münchener med. Wochenschr. 1892. 38. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 25.)*

Eine 66jährige Frau, die sich bei einer Aussentemperatur von 28° R. wegen eines unerheblichen Bronchialcatarrhs mit unglaublich reichlichen Unterkleidern versehen in's Bett gelegt hatte, bekam ziemlich plötzlich starke Hitze, reichlichen Durst, Gefühl von Unbehagen; nach einigen Stunden wurde sie völlig bewusstlos und blieb 9 Stunden in diesem Zustande; während dessen ging dünner, übelriechender Stuhlgang ab. Verf. hatte bei dem hohen Fieber in Verbindung mit totaler Bewusstlosigkeit die Diagnose sogleich auf Hitzwirkung gestellt und hatte für starke Abkühlung Sorge getragen. Pat. wurde erst am folgenden Morgen wieder ganz klar und erholte sich in den nächsten Tagen noch vollends. Verf. glaubt, dass es sich hier um einen Fall von statischem Hitzschlag handelte, d. h. Hitzschlag, der zu Stande kommt unter dem Einfluss der Wärmeretention ohne Concurrenz von Muskelthätigkeit; der Zustand ist in unserem Klima bisher nur selten beobachtet; neuerdings wurde von *Meinert* die Cholera infantum aestiva ähnlich gedeutet.

577. ***Die nasale Reflexneurose.*** *Von Dr. **Fliess**, Berlin. Vortrag am Congr. f. innere Med. zu Wiesbaden. 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 42.)*

Die nasale Reflexneurose ist ein wohlcharakterisirter Symptomencomplex, der die Diagnose eines nasalen Ursprungs des Asthmas gestattet. Es gibt nur eine nasale Neurose. Die Symptome der nasalen Neurose sind zunächst Migränen. Oft fehlen dieselben, dafür sind dann aber Kopfsymptome vorhanden, Congestionen etc. Sodann sind Fernwirkungen zu verzeichnen: *a)* Neuralgische Beschwerden in den Armen, an der Spitze des Schulterblattes etc. Die letztangeführte Neuralgie ist typisch. *b)* Gestörte Organfunctionen, vornehmlich Magen, Herz, Respirationen, Haut betreffend. Die Zahl der Symptome ist gross, doch alle gehen von der Nase aus. Dies wird bewiesen durch das mit Beseitigung der Nasenanomalie zusammenfallende Verschwinden aller anderen Beschwerden. Man muss im Anfall untersuchen. Die Schwellkörper lösen bei Berührung gewöhnlich die Reflexe aus. Unter Cocainisirung der Schwellkörper schwinden die Reflexsymptome sofort. Nicht immer finden sich alle Symptome vor, im Gegentheil, Formes frustes sind häufig. Die Veränderungen der Nase sind entweder organische, also constante, oder functionelle, meist vasomotorische, also periodische Veränderungen. Die erste Art findet sich besonders nach Infectionskrankheiten; vornehmlich die Influenza disponirt dazu. Diese Anomalien bestehen meist in Hyperplasien der Schleimhaut. Seltener sind circumscripte Eiterungen oder Caries der Knochen. Man beseitige diese Abnormitäten und mit der be-



dingenden Ursache schwindet die Wirkung. Bei der zweiten Art ist gleichfalls der Cocainversuch beweisend, die Therapie erzielt hier nicht so glänzende Erfolge. Diese Veränderungen sind hauptsächlich neurasthenischer Natur, wobei naturgemäss eine antineurasthenische Behandlung eingreifen muss. Die specifische Ursache der Neurasthenie sei Abusus sexualis. Vortragender sucht die stete Abhängigkeit von dem Geschlechtstractus zu beweisen. Auch hier kommen zahlreiche Mischformen vor. Natürliche Deviationen erschweren die Diagnose.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

578. ***Borax bei Paralysis agitans.*** *Von Dr. J. Sacaze. (La Semaine méd. 1893. 4. — Aerztl. Rundschau. 1893. 6 )*

Es handelt sich um einen 38jährigen Kranken der Abtheilung des Professors *Grasset* in Montpellier. Es bestand typisches Zittern an allen vier Extremitäten, besonders auf der linken Seite, die Sprache war langsam und scandirend, die Reflexe waren gesteigert, das Schreiben war seit zwei Jahren unmöglich. Seit dieser Zeit konnte Patient die Nahrung nicht zum Munde führen und musste beim Gehen geführt werden. Die Muskelkraft der Arme war sehr herabgesetzt. Es bestanden lebhafte Schmerzen entlang der Wirbelsäule, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Die geringste Emotion steigerte das Zittern. Am 21. October v. J. begann *Grasset* das Natr. borac. in Dosen von 1 Grm. pro die, in vier Pulver getheilt, zu verabreichen. Allmälig wurde dann mit der Dosis gestiegen, bis am 18 November 2 Grm. täglich gegeben wurden. Schon am 28. October war das Zittern schwächer und der Gang besser. Die Besserung nahm immer mehr zu, so dass Pat. am 18. November ohne Stütze gehen konnte. Die Extremitäten wurden beweglicher, die Sprache besser. Am 17. December wurde das Natr. borac. sistirt, worauf Pat. das Mittel dringend verlangte, da er ein Zunehmen des Zitterns verspürte. Am 27. December wurde wieder mit der Dosis von 1 Grm. begonnen und auf 3 Grm. gestiegen. Gegenwärtig sind die Schmerzen im Rücken geschwunden, das Zittern tritt jetzt nur unter dem Einflusse einer Emotion auf, die Extremitäten sind beweglich, der Gang ist gut, das Schreiben geht wieder ohne Schwierigkeit von statten. Pat. kann sich selbst nähren. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nach keiner Richtung beobachtet. Die dynamomotorisch festgestellte Kraft der Hände ist bedeutend gestiegen. Der Schlaf ist besser, die Verdauung sehr zufriedenstellend. Ob die Besserung eine dauernde sein wird, bleibt abzuwarten.

579. ***Kardin, Extract aus dem Herzfleisch. Seine Zubereitung, physiologischen und therapeutischen Wirkungen.*** *Von Dr. W. A. Hammond. (New-York med. Journ. 1893. 16.)*

Aehnlich wie das Secret gewisser Drüsen den Ausfall des betreffenden Organes im Organismus decken kann (s. die Wirkung des Secretes der Schilddrüse bei Myxödem), in gleicher Weise soll

ein aus Herzfleisch bereitetes Extract, das Kardin, die Fähigkeit besitzen, Herzkrankheiten zu heilen. Diesen abenteuerlichen Gedanken kleidet Verf. in folgende Hypothese. Alle gesunden Organe des Körpers besitzen die Kraft, aus dem Blute die besondere Substanz, die sie für ihre Ernährung bedürfen, herauszuziehen. Das Gehirn nimmt Hirnsubstanz, das Herz Herzsubstanz auf u. s. f. Wenn sie erkranken und diese Eigenschaft verlieren, oder wenn die besonderen ihnen verwandten Substanzen sich nicht im Blute finden, so leidet ihre Function. Geben wir dem Blute das ihm fehlende nothwendige Princip, so thun wir das, was die Natur ohne Unterstützung nicht zu vollbringen vermag. Ist diese Theorie richtig, so ernährt das Kardin die Herzsubstanz, indem es jenes Princip enthält, das ein schlecht ernährtes Herz für eine vollkommene Function bedarf. Das von Verf. aus dem Herzfleische des Rindes durch Glycerin-Borsäurelösung entzogene Kardin soll subcutan angewendet folgende physiologische Wirkungen zeigen: 1. Innerhalb 10 Minuten wird der Puls voller, stärker und zuweilen häufiger. 2. Die Arterienspannung ist vermehrt. 3. Die Urinmenge wird um 300—500 Ccm. vermehrt. 4. Die Anzahl der rothen Blutkörperchen nimmt zu. Das Kardin wäre demnach ein Herztonicum. Aus den bisher angestellten Versuchen am Krankenbett soll hervorgehen, dass das Mittel nützlich ist bei fettiger Degeneration des Herzens, indem es seine Ernährung nicht nur durch seine Wirkung auf das Blut, sondern auch durch Beeinflussung der nervösen Bestandtheile des Herzens bessert. Bei einem Patienten, dessen Herzrhythmus in Folge übermässigen Tabakgebrauches unregelmässig war, verschwanden diese Symptome nach viertägiger Behandlung. Das Herz ist anscheinend so gesund, wie es früher gewesen war. (Wir behalten ruhig Blut. D. R.) *—sch.*

580. ***Behandlung des Keuchhustens.*** *Von* ***Marfan.*** *(La méd. moderne. 20. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 48.)*

Verf. beschränkt sich auf die symptomatische Behandlung des Keuchhustens. Es gilt: 1. die Intensität und Zahl der Anfälle zu bekämpfen; 2. die Verstopfung der Bronchien, besonders eine Bronchitis zu verhindern. Für die erste Indication gibt es zahlreiche Mittel, Belladonna, Valeriana, Aconit, Digitalis. Man beschränkt sich gegenwärtig auf die Anwendung von Belladonna und Antipyrin. *Trousseau* verordnet Belladonna in Pillen von Extract und Fol. Bellad. pulv. aa. 0·005 im zartesten Alter, bei Kindern über 4 Jahre gibt er die doppelte Dose. Eine Pille wird morgens nüchtern genommen 8—15 Tage lang. Schwierig ist allerdings das Pillenschlucken für Kinder. *Cadet des Gassicourt* empfiehlt daher:

Rp. *Syr. bellad.* *50·0,*
*Syr. tolut.* *150·0.*

S. Für kleine Kinder 2mal täglich einen Kaffeelöffel, allmälig mehr. Für Kinder über 7 Jahre die doppelte Dose.

***Roger*** gibt an:

Rp. *Syr. bellad.* *50·0,*
*Syr. valer.*
*Syr. digital. aa.* *25·0.*

Die Dosen sind ähnliche.



*J. Simon* verordnet;

Rp. *Tinct. bellad.*
*Extr. aconit spirit. aa. 10·0.*

S. (mit Vorsicht!) 5—10 Tropfen bei Kindern unter 2 Jahren, 10—30 Tropfen bei älteren Kindern.

Noch häufiger als Belladonna wird gegenwärtig Antipyrin gebraucht.

Rp. *Antipyrin* *3·0,*
*Syr. cort. aurant.* *25·0,*
*Aqu. destill.* *100·0.*

S. Für Säuglinge täglich 1—2 Theelöffel, für ältere Kinder 5 Theelöffel und mehr. Die Kinder vertragen es noch besser als die Erwachsenen.

Unter Umständen gibt man es als Eingiessung in der genannten Lösung, aber in grösseren Dosen (bei grösseren Kindern von 5—10, bei kleineren 2—5 Theelöffel). Vorher muss man ein entleerendes Klystier geben. Hilft keines beider Mittel, so wendet man im Nothfall Anästhetica für die Luftwege an, *Labris* empfiehlt Pinselungen des Pharynx mit 20% Cocainlösung. *Gassicourt* pinselt zunächst das Gaumensegel, sodann den Rachen. Sitzt die Affection in der Nasenhöhle, so ist diese zu behandeln. Für die zweite Indication, die Vermeidung, respective Bekämpfung einer Bronchitis, kommen in Betracht: 1. Syrup. Desessarti (enthält Ipecacuanha) täglich 3—4 Kaffeelöffel voll — ein Nauseosum. Aber Verf. hält das Eintreten eines plötzlichen Todes für möglich, zumal bei heruntergekommenen Kindern; 2. von Verf. vorgezogen werden die Balsamica, sie sollen desinficirend und expectorirend wirken. Verf. empfiehlt die Inhalation folgender zu erwärmender Mischung:

Rp. *Essentia thymi*
*„ eucalypt.*
*„ terebinth. aa. 10·0,*
*Spir. vin. rectif.* *250·0,*
*Aqu. font.* *750·0.*

Genügt die äusserliche Anwendung nicht, so verschreibt Verf. innerlich Balsamica: z. B. Natr. benzoic. 0·5—1·0 täglich für Kinder unter 1 Jahr; für ältere Kinder Terpinöl oder Terpin, z. B:

Rp. *Terpin.* *2·0,*
*Elixir. Garr.* *100·0.*

S. 2—3 Theelöffel in Wasser zu nehmen.

581. ***Ueber die Behandlung der Trunksucht.*** *Von Dr. A. Smith (Marbach). Bericht über die Verhandl. d. XII. Congresses f. innere (Medicin. Centralbl. f. klin. Medic. 1893. 25.)*

In dem Stadium, in welchem die chronische Alkoholvergiftung meist erst zur ärztlichen Beobachtung kommt, besteht dieselbe in einer doppelten Erkrankung: einer psychischen Degeneration und Depravation, die den Charakter betrifft: die eigentliche Trunksucht; und aus einer Reihe von Organ- und Systemerkrankungen, die im speciellen Falle durch das alkoholische Gift hervorgerufen sind. Der psychische Charakter der Haupterkrankung schliesst eine rein medicamentöse Behandlung aus. Ichthyol und Strychnin haben sich nicht bewährt. Das einzige Geeignete für den Alkoholisten ist die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt, die



keinen anderen Zwecken dient. Dieselbe soll nach *Forel* auf dem Lande isolirt gelegen sein, offen geführt werden, aber eine absolute Controle der Umgegend in Bezug auf Kneipenbesuch gestatten. Die Einrichtung muss die einer gut ausgestatteten Nervenheilanstalt sein. Leider wird auch ärztlicherseits über die Schwere der gerade vorliegenden somatischen Erkrankung der psychische Kern des Zustandes meist übersehen und deshalb Trinker der Anstalt zu einer 4—6wöchentlichen Entziehungscur überwiesen. In dieser Zeit sind allerdings die körperlichen Symptome grösstentheils geschwunden, aber der nun sich körperlich kräftig fühlende Pat. wird, abgereist, schon an der nächsten Bahnstation rückfällig. Nur von einer 6—12-, bei periodischer Trunksucht und anderen schweren Formen 18monatlichen Behandlung ist wirkliche Heilung zu hoffen. Des Verf.'s Gesammtstatistik ergibt 30% Heilungen, diese fallen aber einzig auf den längeren Aufenthalt; bei den Kranken, die länger als 6 Monate geblieben, sind 80% Heilungen. Die Hauptsache bei der Behandlung ist die vom Augenblick der Aufnahme strengstens durchgeführte Abstinenz. Die vielfach gefürchteten Abstinenzerscheinungen bei Alkoholismus gibt es nicht, deshalb ist es auch verkehrt, wie es vielfach noch in Spitälern geschieht, einem wegen einer anderen Krankheit aufgenommenen Potator noch Spirituosen zu geben. Ein drohendes Delirium tritt hierbei doch auf, aber verläuft nach Verf.'s Erfahrungen viel milder und es bedarf viel geringerer Dosen von Beruhigungsmitteln, wenn kein neues Gift nachgeschüttet wird. Die beim Delirium, wie auch bei hydropischen Erscheinungen drohenden Collapse treten auch bei Alkoholzufuhr auf und sind leicht durch Campher zu bekämpfen. Von der Hypnose wurde kein Vortheil gesehen. Dringend nothwendig ist es, dass der Leiter einer Trinkerheilanstalt, der unter allen Umständen ein Arzt sein soll, mit seiner Familie selbst absolut abstinent ist, da durch das Beispiel viel mehr erreicht wird als durch Worte. Unheilbare Zustände von Alkoholvergiftung (Dementia alcoholica, Paranoia alcoholica, Mania gravis potatorum) sind auszuschliessen und der Irrenanstalt zu überweisen, ebenso sollten Kranke, bei denen der Alkoholismus nur als Theilerscheinung einer moralischen Unzurechnungsfähigkeit ist, als an sich unheilbar und für die anderen Pat. schädlich, nicht mehr aufgenommen werden. *O. R.*

582. ***Ein Fall von acuter Codeinvergiftung.*** *Von Dr.* ***Medvei,*** *Budapest. (Klin. Rundschau. 1892. 32. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 23.)*

Bisher sind zwei durch Zufall entstandene Codeinvergiftungen bekannt geworden. In einem Falle erhielt ein Kranker 24 Cgrm. in Pillenform; im zweiten ein 2jähriges Kind 10 Cgrm. gegen Laryngospasmus. In Verf.'s Falle handelt es sich um einen Selbstmordversuch mit Codein. Eine 42jährige Hysterica mit zeitweisen maniakalischen Anfällen wollte sich einer geringfügigen Ursache wegen das Leben nehmen. Sie nahm zu diesem Zwecke 25 Pillen, welche je 2 Cgrm. Codein enthielten. Eine halbe Stunde später klagt sie, dass ihr sehr warm sei, wird schwindelig, und fällt mit dem Rufe: „Ich verbrenne, ich ersticke!" nieder. Nach einer weiteren halben Stunde erschien der Arzt, welcher folgende Sym-



ptome constatirte: Gut genährte Frau, die bald regungslos mit geschlossenen Augen daliegt, bald eine hochgradige Unruhe zeigt. Die Haut des ganzen Körpers scharlachroth; Conjunctivae bulbi „einem rothen Tuche gleich"; Speichelfluss, die Zunge zittert. Auch sonst allenthalben leise Muskelzuckungen. Auf Druck und Stich zeigt Pat. kaum eine Reaction, Puls 46, voll und hart. Der Arzt wendet Cupr. sulfur. und die Magenpumpe an, worauf Pat. Pillenreste erbricht. Trotzdem wurde die Athmung oberflächlich und ungleichmässig, Pulszahl 116, Puls schwach und weich. Die Erregbarkeit auf mechanische Reize steigt enorm, Knie- und Achillessehnenreflex sehr gesteigert, Pupillen ad maximum erweitert. Da die Athmung zu sistiren droht, wird künstlich geathmet. Nach $^3/_4$ Stunden künstlicher Athmung und 9 Aetherinjectionen athmet Pat. spontan. Die Röthe der allgemeinen Decke verblasst; die somnolente Pat. kratzt sich unaufhörlich. Die Somnolenz hält am folgenden Tage an. Zwei Tage später erwacht sie Morgens und klagt über Kopfweh und äusserst heftiges Jucken. Sie kratzt sich blutig. Jucken und Mydriasis halten noch einige Tage bis zur vollkommenen Wiederherstellung an. Verf. theilt noch einige Versuche mit Codein mit und gelangt zu dem Schlusse: Die narcotische Wirkung des Codeins ist nur mit kleinen Dosen zu erzielen. Dosen, die 5 Cgrm. übersteigen, haben deshalb für den Pat. keinen Werth.

583. ***Ueber Gelenksgicht. Vorschlag einer neuen medicamentösen Behandlung der Arthritis urica und ein Versuch der Begründung derselben.*** *Von Dr. F. Grimm, Berlin. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 17 u. 18. — Allg. med. Central-Zeitung. 1893. 46.)*

Verf. wendet, um sich in kurzer Zeit zu überzeugen, ob ein Gelenksleiden gichtischer oder nicht gichtischer Natur ist, das Calomel an. Vor etwa 14 Jahren verordnete er letzteres bei einem mit protrahirter Gicht behafteten Patienten aus anderen Gründen und beobachtete daraufhin, d. h. in den nächsten Tagen, eine überraschend schnelle Besserung seiner Gelenksschmerzen und Rückgang seiner Schwellungen. Verf. hat dann im Laufe der Zeit an etwa 20 gichtischen Patienten die Wirkung des Calomels (und Hydrargyrum jodatum flavum) in richtiger Verordnung sehen können. Diese Erfolge waren manchmal prompt auf die Stunde und überraschend, wie bei einem Specificum eingetreten, manchmal schloss sich der momentanen Erleichterung eine langsamere Genesung an. Nur in zwei Fällen schien jeder Erfolg auszubleiben. Bei Menschen, welche im rüstigen Lebensalter stehen, ist dem Eintritt des Gichtanfalles gewöhnlich eine gewisse Trägheit des Darmes vorangegangen. Gerade unter solchen Umständen ist der Erfolg der Calomeltherapie der Gelenksgicht am entschiedensten. Die Schmerzen werden sofort erträglich, die Spannung im kranken Gebiete lässt nach, und Leute, welche in Wochen nicht daran denken konnten, machen in einem, zwei, drei Tagen Gehversuche. Das Calomel wirkt bekanntlich in grossen Dosen beim Menschen durch eine kräftige Anregung peristaltischer Bewegungen, welche in kolikartigen Anfällen auftreten, abführend. Mit dem Eintritt dieser kolikartigen Schmerzen ist bei der Gicht gewöhnlich die



Wirksamkeit des Mittels entschieden, aber auch seine Aufgabe erfüllt. Es verhält sich hier die Wirkung genau so, wie bei den Leuten mit sogenannten Stauungsödemen. Durch einmalige Auslösung einer kräftigen Peristaltik, welche sich vielleicht innerhalb einer Nachtwache abspielt, wird der Anstoss zur Resorption von gewaltigen unförmlichen Wassersuchten in einigen Tagen, zu der eines tödtlichen Lungenödems in wenigen Stunden gegeben. Daraus ergibt sich der Modus der Gichtbehandlung mit Calomel. Dasselbe soll so gegeben werden, dass eine kräftige Peristaltik womöglich mit der ersten Verordnung erreicht wird. Es soll in anderer Richtung aber sparsam gegeben werden. Eine einmalige Wirkung genügt, um die Besserung einzuleiten und in der Regel auch, um sie im Gange zu erhalten. Verf. will dafür kein Eindringen von Quecksilber in die Körpersäfte. Eine Quecksilbereinverleibung im Sinne einer antisyphilitischen Cur hat bei Gelenksgicht gar keinen Sinn. Die Grösse der Dosis richtet sich nach den individuellen Anlagen und dem Zustande des Patienten. In der Folgezeit legt Verf. auf Regelung der Lebensweise Gewicht. Dabei hält er es für ganz gleichgiltig, ob man dem Gichtischen Säuren oder Alkalien gibt, wenn man die Gaben nur nicht bis zur Vergiftung steigert. Wir können im Körper nicht lösen und binden wie im Reagirglase, können das lebende Körpergewebe nicht auswaschen wie den Niederschlag auf dem Filter, die gichtischen Salzdepots mit Lithion, die verkalkten Knorpel mit Salzsäure extrahiren. Die Harnsäureeinlagerungen bei Gicht sind secundäre, symptomatische Gebilde, an sich im lebenden Körper unantastbar, so lange die Ursache ihres Daseins besteht.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

584. ***Ueber die Erfolge der Castration bei der Osteomalacie.*** *Von Prof.* ***Franz v. Winckel.*** *(Sammlung klinischer Vorträge von R. v. Volkmann. Neue Folge. Nr. 71. Leipzig 1893. Breitkopf und Härtel.)*

Den ersten bleibenden Anstoss zur Vornahme der Castration bei Osteomalacie gab *Fehling* im Mai 1888 auf dem Gynäkologencongress in Halle, nachdem er früher 3 Fälle mit geradezu frappantem Erfolge operirt hatte. Seit dieser Zeit sind nun etwa 40 dieser Operationen von verschiedenen Autoren vorgenommen worden, deren Beobachtungen sich auf einen Zeitraum von fast 5 Jahren erstrecken, um sich ein Urtheil über den günstigen Verlauf bilden zu können. Die 40 angeführten Fälle sind im Originale nachzulesen. Die markantesten Erscheinungen nach der Operation waren: bedeutende Besserung des subjectiven und objectiven Befundes, und zwar sehr auffallend rasch in 88·3% der Fälle. Der Zeitraum, in welchem eine definitive Heilung erzielt werden kann, lässt sich nicht angeben, dauert aber jedenfalls länger als ein Jahr. 42 Fälle sind bis jetzt als geheilt constatirt. In der Begründung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Operation, Besserung und Heilung weicht der Autor von der Ansicht *Fehling's* ab. *Fehling* meint, dass die Osteomalacie durch



eine pathologische Hyperactivität der Ovarien entstehe, und betrachtet diese als eine vom Ovarium ausgehende reflectorische Trophoneurose des Knochensystems. Er stützt sich hierbei wesentlich auf 2 Momente: 1. die deutliche Verschlimmerung des Leidens mit der Menstruation, 2. auf die überraschend schnelle Abnahme der Schmerzen der befallenen Theile etc. Der Autor ist der Ansicht, dass durch die Castration in erster Reihe die Schmerzhaftigkeit des Periosts und der Musculatur an den erkrankten Knochen zuerst wesentlich vermindert und dadurch die Bewegungsfähigkeit gebessert wird etc. Die ausführliche Begründung der abweichenden Anschauung ist im Originale nachzulesen. (Wir möchten uns nur die Bemerkung erlauben, dass Osteomalacie auch bei Männern vorkommt; dass dieselbe oft der medicamentösen Behandlung weicht; dass Heilungen durch einfache Sectio caesarea bekannt sind. Ref.) Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

585. ***Ueber einen operativ behandelten Fall von Morbus Basedowii.*** *Von Dr. H. Determeyer. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 41.)*

Bei einer 37 Jahre alten, von Dr. *Rotter* (St. Hedwigs-Krankenhaus, Berlin) operirten Pat. traten im Anschluss an Influenza die Erscheinungen des Morbus Basedowii auf. Ausser den Cardinalsymptomen des Morbus Basedowii bestanden: Starker Tremor der Hände, verbunden mit häufigen Zuckungen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, starke Diarrhoen (7—8mal täglich) und absoluter Appetitmangel. Das Körpergewicht betrug 77 Pfund gegen 110 früher. Am 20. April 1892 wurde die rechte, etwas grössere Hälfte der Struma nach *Kocher's* Methode exstirpirt. Wundverlauf normal, Heilung per primam. Acht Tage post operationem waren verschwunden: das Zittern der Hände und die Zuckungen, die Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Durchfälle, Appetitlosigkeit, endlich das Herzklopfen, während der Puls bei Ruhe der Pat. immer noch circa 100 Schläge in der Minute machte, aber regelmässig war. In den folgenden drei Wochen hob sich der Ernährungszustand der Pat. sehr rasch; der Puls erreichte keine höhere Frequenz als etwa nach raschem Gehen 120. Am Exophthalmus und der linken Strumahälfte war keine deutliche Veränderung bemerkbar. In der Folge aber traten auch der Exophthalmus und die linke Glandula thyreoidea immer mehr zurück. Wenn es gestattet ist, aus den Erfolgen der Therapie Schlüsse auf die Entstehung der betreffenden Krankheit zu ziehen, so dürfte bezüglich des Morbus Basedowii der eben geschilderte Fall die Ansicht derjenigen unterstützen, welche die Struma als die wesentlichste Ursache des Morbus Basedowii ansehen, nach deren Entfernung die Erscheinungen der Krankheit zurückgehen, respective verschwinden. Es sind bis jetzt 37 Fälle von operativer Behandlung des Morbus Basedowii bekannt geworden. Ausser in 4 Fällen, wo durch Behandlung einer gleichzeitig bestehenden Nasenaffection Besserung der *Basedow*'schen Beschwerden erzielt wurde, wurde stets die Schilddrüse zum Angriffspunkt der Operation gewählt. Dreimal wurde die Arteria thyreoidea mit gutem Erfolge unterbunden, 30mal die Struma exstirpirt oder resecirt. Von diesen endete ein Fall (Totalexstirpation) letal, drei hatten keinen Erfolg, in den

übrigen 26 Fällen trat erhebliche Besserung, zum Theil vollständige Heilung ein. Diesen reiht sich der oben beschriebene als 27. an. Demnach ist in schweren Fällen des Morbus Basedowii der chirurgischen Therapie vor der internen entschieden der Vorzug zu geben.

586. ***Wie soll man chloroformiren?*** *Von Prof. Dr. Rydygier, Krakau. (Sammlung klinischer Vorträge von R. v. Volkmann. Neue Folge. Nr. 69. Leipzig. 1893. Breitkopf und Härtel.)*

In vorliegendem Vortrage gibt der Autor eine genaue Schilderung des Chloroformirens, wie dies an dessen Klinik ausschliesslich seit 4 Jahren mit bestem Erfolge geübt wird. Die Narcose wird von 2 Aerzten unter Aufsicht eines Assistenten geleitet. Der Pat. muss den Tag früher abgeführt haben und am Tage noch nüchtern sein. Vor jeder Narcose ist das Herz und die Lungen zu untersuchen. Nur bei nicht compensirten Herzfehlern und weit vorgeschrittenem Lungenleiden wird die Chloroformnarcose nicht angewandt. Die Mundhöhle muss vor der Narcose auf Fremdkörper (Gebisse, Kautabak etc.) untersucht werden. Der Chloroformirende soll seine ganze Aufmerksamkeit dem Chloroformiren zuwenden. Zum Chloroformiren verwendet man am besten die *Schimmelbusch*'sche Maske, auf welcher das Chloroform nur tropfenweise langsam, aber ununterbrochen aufgeträufelt wird, zu welchem Zwecke am besten ein dunkles Tropfglas benützt wird. Der Pat. wird in horizontaler Lage mit wenig durch ein Rollkissen erhobenem Kopfe narcotisirt. Zur Bestimmung der vollen Anästhesie soll die Haut an der inneren Fläche des Oberschenkels gekneift werden. Mit der Operation darf vor vollständiger Narcose nicht angefangen werden. Bei eingetretener vollständiger Narcose verengern sich die Pupillen und bleiben auch während der ganzen Narcose enge. Sobald sie sich erweitern, ist das ein Zeichen, dass das Gefühl wiederkehren wird. Aber auch beim Collaps erweitern sich die Pupillen, und zwar ad maximum. Die Controle der Respiration ist von viel grösserer Bedeutung als die des Pulses, da er noch weiter schlagen kann, nachdem die Respiration schon aufgehört, „Cor primum vivens ultimum moriens" *Haller*. Der Puls wird für gewöhnlich sehr schwach kurz, bevor der Pat. zu brechen anfängt. Nach ausgeführter Operation soll der Pat. nicht sofort aus der Narcose erweckt werden. Bei auftretender Herz- und Respirationssynkope empfiehlt sich die sofortige Einleitung der künstlichen Respiration, wobei zugleich beim Niederdrücken der Rippen das Herz comprimirt werden soll. Mit der künstlichen Respiration darf nicht zu früh aufgehört werden. Die Vortheile des langsamen tropfenweisen Verabreichens des Chloroforms sind: 1. ein geringerer Verbrauch, 2. das entschieden seltenere Auftreten des oft hartnäckigen Erbrechens. Des Ausführlichen verweisen wir auf das Original. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

587. ***Zur localen Anästhesie.*** *Von Dr. V. Ritter v. Hacker. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 10. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 48.)*

In neuester Zeit sind zwei locale Anästhetica in allgemeinere Aufnahme gekommen: 1. die von *Schleich* angegebene sogenannte Infiltrationsanästhesie, 2. das Aethylchlorid. Beide hat Verf. in ausgedehntem Masse angewendet. Gegen das subcutan angewendete



Cocain ist in einigen wenigen Fällen eine solche Idiosynkrasie beobachtet worden, dass bei ganz geringen Dosen bedrohliche Erscheinungen, ja sogar einige Todesfälle beobachtet worden sind. *Fränckel* hat schon 1887 darauf aufmerksam gemacht, dass zur Cocainisirung der Gewebe 1%ige Lösung genüge, wenn man durch Einspritzen von mehr Flüssigkeit ein grösseres Imbibitionsgebiet schaffe *Schleich* schafft Anästhesie durch Infiltration mit 0·2%iger Kochsalzlösung (0·6% ist wirkungslos und destillirtes Wasser schmerzt). Diese Wirkung kann durch Zusatz von geringen Mengen Cocain wesentlich gesteigert werden. Verf. hat daraufhin eine Lösung von Cocain 0·1, Natr. chlorat. 0·2 ad Aqu. 100·0 verwendet. Man darf sich dabei nicht mit der Erzeugung einfacher Quaddeln begnügen, sondern muss durch Injection von bis zu 10 Spritzen ordentliche Beulen hervorrufen. Er erzielte damit Anästhesie bei kleineren Operationen, z. B. von Unguis incarnatus, Epitheliom der Unterlippe, Zahnextraction bei nicht entzündetem Zahnfleische etc. Bei entzündlichen Processen und grösseren Operationen hat sich das Verfahren nicht bewährt. Die Prima intentio hat es nicht gestört. Gewebsdifferenzen wurden dagegen durch die Infiltration verwischt; es fehlt ausserdem der richtige moralische Effect der allgemeinen Narcose. Das Verfahren der Aethylchloridzerstäubung, das sich besonders für oberflächlichere Eingriffe eignet, dürfte schon mehr in Anwendung sein. Das Aethylchlorid wird in 10 Grm. fassenden Glasgefässen geliefert, die an dem einen Ende in ein Capillarrohr ausgezogen sind, das etwa 1 Cm. vom Ende entfernt, circulär eingeritzt ist. Zum Gebrauch bricht man das Röhrchen genau an dieser Marke am besten mit einem Nadelhalter oder auch mit den durch ein Tuch geschützten Fingern ab. Nimmt man nun das mit der Ausflussöffnung nach abwärts gerichtete Gefäss in die volle Hand, so genügt diese Erwärmung, dass die Flüssigkeit in einem Strahl aus dem Röhrchen austritt und zerstäubt. Den austretenden Strahl richtet man auf die zu anästhesirende Hautstelle und entfernt, während der Strahl immer diese Richtung einhält, das Röhrchen ziemlich rasch von einer Entfernung von etwa 10 Cm. bis auf eine solche von 25—40 Cm. Hat man das Röhrchen zu nahe gehalten, dann wird die Haut nass und das Mittel tropft und rinnt ab; wirkt der Strahl von der richtigen Entfernung ein, dann nimmt die Haut nach kürzester Zeit ($^1/_4$—$^1/_2$ Minute) im Centrum der Abkühlungsstelle eine schneeweisse Farbe an, beschlägt sich wie mit Reif, wird hart und gefühllos. Diese weisse Insel gewinnt mit fortgesetzter Zerstäubung rasch an Ausdehnung, und zwar in der Richtung, die man durch den Strahl gleichsam verzeichnet; man kann an einer ein bis mehrere Thaler grossen Fläche ein solches Weisswerden erzielen. Bei tieferen Einschnitten muss man das ganze in dem Gefäss enthaltene Quantum verwenden, bei kleinen genügt die Hälfte oder ein Drittel. Empfindliche Hautstellen, besonders im Gesicht, bestreiche man vorher leicht mit Vaseline, Glycerin etc., damit kein Eczem oder eine Art Schorf, wie beim Chloroform entsteht. Die Flüssigkeit ist feuergefährlich. Oberflächlich gelegene sensible Nerven und deren Ausbreitungsgebiete sind mehrfach mit überraschendem Erfolge mit dem Mittel behandelt worden. Bei Zahn-



extraction wurde der Strahl äusserlich auf die Haut gerichtet, um auf die darunter liegenden Knochenwandungen des Unter- und Oberkiefers und die darin liegenden Zahnnerven zu wirken; in einer ziemlich grossen Zahl von Fällen war die Extraction vollständig schmerzlos. Jedenfalls muss man Kranke darauf aufmerksam machen, dass eventuell nach der Application ein mehrere Tage sichtbarer Fleck auf der Haut zurückbleiben könnte.

588. ***Ein Fall eines Uterussarcomes bei einen 4jährigen Mädchen.*** *Von* ***Thomas C. Smith,*** *Washington. (Amer. Journ. of obstetr. 1893, April-Heft, pag. 577. — Ibidem. 1893, Bd. XVI, pag. 555 und 668.)*

Januar 1882 wurde bei einem 3jährigen Mädchen ein polypöser Tumor, der aus den Genitalien hervortrat, entfernt. Februar 1882 wurde wieder ein solcher Tumor abgetragen. August 1882 kam abermals ein Tumor zum Vorschein. Anfangs October 1882 entfernte Verf. eine grosse Menge polypöser und traubenförmiger Massen aus der Vagina und dem Uterus, die im Ganzen über $^1/_2$ Pfund wogen. Hierbei fand er den Uterus bedeutend vergrössert und neben demselben links einen grossen Tumor im Unterleibe. Der Blutverlust war bei dieser Operation ein geringer und liessen sich die Massen leicht entfernen. Das Kind erholte sich bald und lief nach einigen Tagen wieder herum. Die entfernten Massen wurden mikroskopisch untersucht und für gutartige mucöse Uteruspolypen erklärt. Nicht lange darauf trat Ascites ein, der Unterleib wuchs und erreichte das Neugebilde das Brustbein. Das Allgemeinbefinden des Kindes wurde gleichzeitig schlechter und wurde nur wenig Harn secernirt. Den 6. November 1882 starb das Kind. Bei der Section fand sich, dass das, was den Tumor dargestellt hatte, nichts Anderes als der Uterus war. Seine Länge betrug 12 Cm., seine Breite und Fundus 12 Cm. Seine Vorderwand war 2 Cm. und seine Hinterwand 4·5 Cm. dick. Die Innenwand zeigte nodulöse Hervorragungen und polypöse Excrescenzen. Die über 10 Cm. lange Vagina mit stark verdickten Wänden zeigte einen gleichen Befund wie der Uterus. Ausserdem fanden sich unter dem peritonealen Ueberzuge des Uterus ähnliche Knoten wie an der Innenwand. Entsprechend dem Fundus der Blase fand sich ein flacher harter Tumor. Die Nieren zeigten metastatische kleine Eiterherde. Die Ovarien waren hühnereigross und cystös degenerirt. Der Uterus mit den Adnexen wog 4 Monate nach der Section noch über 1400 Grm. Eine von mehreren Mikroskopikern vorgenommene Untersuchung stellte fest, dass ein Sarcom des Uterus vorgelegen war. Die Knoten erwiesen sich als Sarcomknoten, die stellenweise myxomatös degenerirt waren. Die harten Partien entsprachen einem Rundzellensarcome, die myxomatös erweichten Stellen zeigten spindel- und sternförmige Zellen. Dieser Fall ist umso wichtiger, als nach Verf. bisher noch kein Fall bekannt ist ausser diesem, in dem bei einem so kleinen Kinde ein Sarcom des Uterus, der Vagina und der Blase gefunden wurde. *Kleinwächter.*



# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

589. ***Ueber die operative Beseitigung hochgradiger Myopie.*** *Von Prof.* **Schweigger.** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 3. Mai 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 39.)*

Die operative Behandlung der hochgradigen Myopie wurde zuerst von *Fukulla* empfohlen; die meisten Ophthalmologen verhalten sich jedoch dieser Operation gegenüber ablehnend. Da diese Frage eine ungemein wichtige ist, so unterzog sie Verf. einer thatsächlichen Prüfung; seine bisherigen Erfahrungen beschränken sich auf 15 Fälle. Aus dieser verhältnissmässig kleinen Zahl geht bereits hervor, dass die Indicationen zur Operation nur sehr beschränkt sein müssen. Es kann aber gleich vorweg hervorgehoben werden, dass für alle Kranken diese Behandlung eine Erhöhung ihrer Gebrauchsfähigkeit verschafft hat. Die Operation besteht darin, dass nach Durchschneidung der Linsenkapsel die Substanz der Linse zur Resorption gebracht wird. Die letztere kann unter Umständen allerdings ein halbes Jahr dauern; tritt daher im Verlauf der Resorption pericorneale Injection oder Druckempfindlichkeit etc. auf, so ist es nöthig, die Linsenmasse sofort auf operativem Wege zu entfernen. Dies kann unter Cocainanäthesie geschehen. Das ganze Verfahren wird dadurch natürlich bedeutend abgekürzt. Sollte hierbei ein kleiner Rest der Linsensubstanz noch zurückbleiben, so wird derselbe bald resorbirt. Die Furcht, welche früher vor diesem operativen Verfahren bestand, hat den Grund in der Gefahr der septischen Infection, welche durch den heutigen Stand der Antisepsis als beseitigt anzusehen ist. Unter den 15 Fällen befanden sich 13 in den Jahren zwischen 9—20. Zwei Kranke waren 33 und 34 Jahre alt. Drei waren männlich, 12 weiblich; obwohl die Zahlen an sich nicht gross sind, so ist doch das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts bezeichnend. Auch die Formen der Myopie boten ihre Besonderheiten dar. Sie war bei allen angeboren; bei Neugeborenen ist sie bis jetzt noch nicht nachgewiesen, jedoch bei Kindern, welche noch nicht die Schule besuchten, ist sie mit Sicherheit constatirt worden. Hier konnte man alle Grade derselben finden. Der optische Werth der entfernten Linsen beträgt durchschnittlich 12 Meter Brennweite. Die Fehlerquellen, welche bei der objectiven Bestimmung der Myopie gewöhnlich unterlaufen, vermeidet man am besten durch Anwendung des *Schweigger*schen elektrischen Augenspiegels, dessen Princip der Redner genau erörtert. Nach der Beseitigung der Linse wird das operirte Auge entweder emmetropisch oder leicht hypermetropisch; dagegen ist die Accommodationskraft verloren gegangen.

590. ***Ueber die Behandlung des Ulcus annulare catarrhale corneae.*** *Von Dr.* **Blumenthal,** *Riga. (Petersburger med. Wochenschr. 1893. 13. — Schmidt's Jahrb. 1893. 6.)*

In mehreren Fällen von Ulcus annulare, sowie auch bei Pustula maligna corneae und Hornhautgeschwüren überhaupt hat Verf. dadurch sofort Linderung der heftigen Schmerzen und die bei allen anderen Mitteln ausbleibende Heilung erhalten, dass er die Bindehaut mit einer 3%igen Lösung von neutralisirtem essig-



sauren Blei touchirte, dann mit Wasser nachspülte und Umschläge machen liess. Verf. räth von der in der letzten Zeit ziemlich verpönten Bleilösung wieder fleissigeren Gebrauch in der Augenheilkunde zu machen, freilich mit der Einschränkung, dass die Abgabe von Bleiwasser, *Goulard*'schem Wasser u. dergl. in den Apotheken wegen des Schadens, den Bleiniederschläge auf der Hornhaut anrichten können, verboten werde.

591. ***Demonstration einer Ambosscaries.*** *Von Dr. **Sig. Szenes**. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 25.)*

Verf. demonstrirt einen Amboss, welcher sich spontan ablöste, gelegentlich einer Ausspritzung des Ohres in die vordere Hälfte des äusseren Gehörganges gerathen war und von hier entfernt wurde. Die Caries selbst betrifft die vordere Fläche der oberen Hälfte des senkrechten Schenkels, dessen untere Hälfte, ebenso auch sein Körper und waagrechter Schenkel vollkommen intact geblieben waren. Der Fall betrifft einen 6 Jahre alten Knaben, bei welchem eine rechtsseitige chronische Otorrhoe seit Jahren bestanden hatte. In der Tiefe des äusseren Gehörganges sassen polypöse Wucherungen, welche Verf. theils mit der kalten Schlinge, theils mit dem scharfen Löffel abtrug. Später entwickelte sich Caries und Necrose des Warzenfortsatzknochens, so dass ein 2·5 Cm. langer. 1·3 Cm. breiter und 6 Mm. dicker Sequester von dem Warzenfortsatzdefecte schon nach 3 Meisselschlägen abgelöst und hierauf das Antrum mastoideum eröffnet wurde. Trotzdem das ansonst lymphatische Kind einer sorgfältigsten localen Behandlung unterzogen wurde — innerlich bekam es auch Syrup. ferr. jod. —, verkästen zuförderst mehrere Drüsen am Halse, später entwickelte sich ein metastatischer Abscess an dem rechtsseitigen Ellbogengelenke, welcher ebenso wie die verkästen Drüsen eröffnet und ausgelöffelt wurde. Besonderes Interesse verleihen dem Falle zwei Umstände. In erster Reihe die schön entwickelte Caries am langen Ambossschenkel, welche die in der Hallenser Ohrenklinik neuerdings gemachten Erfahrungen bekräftigt, nämlich betreffs des besonderen Prädilectionsortes von Ambosscaries, welche von sämmtlichen Ambosstheilen zumeist am senkrechten Schenkel ihren Sitz zu haben pflegt. In zweiter Reihe aber liefert der Fall einen neueren Beweis dafür, dass eiterige Processe der Paukenhöhle selbst bei sorgfältigster localer Behandlung nicht nur in dem nachbarlich gelegenen Warzenfortsatze, sondern auch auf ganz fern gelegenen Stellen — in unserem Falle im Ellenbogen- und Kniegelenke — grosse Destructionen verursachen können, wozu allerdings die lymphatische Dyscrasie als wichtiges ätiologisches Moment diente.

592. ***Ueber die locale Anwendung von Methylenblau bei Diphtheritis.*** *Von Dr. **A. Kasem-Beck**, Kasan. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 25.)*

Verf. wendete Methylenblau bei Diphtheritis des Rachens. des weichen Gaumens, des Schlundes, in einem Falle sogar des Kehlkopfes, bei den meisten Kranken mit Schwellung der submaxillaren Lymphdrüsen verbunden, in 14 Fällen an und ist mit den Resultaten der Behandlung sehr zufrieden. Das Methylenblau gelangte in wässeriger Lösung (1:9), mit welcher 2—3mal

täglich die afficirten Stellen benetzt wurden. zur Verwendung. *Beyer* hat schon 1891 gute Resultate bei der Behandlung von Diphtheritis pharyngis von einem Gemisch von Methylenblau und Zuckerpulver gesehen. Um den Einfluss des Zuckers auf den diphtheritischen Process auszuschliessen, hat Verf. in allen Fällen nur wässerige Methylenblaulösung verordnet. Sogleich nach dem Benetzen mittelst eines Wattetampons wurden die mit diphtheritischen Massen belegten Stellen schnell von der Methylenblaulösung getränkt und färbten sich in Folge dessen dunkelblau. Um die Methylenblaulösung längere Zeit an den von Diphtheritis befallenen Stellen zu belassen, vermied Verf., darnach irgend welche Gurgelungen zu verordnen. Die Temperatur ging schon nach einem, seltener nach 2—3 Tagen bei solcher Behandlung auf die Norm zurück; das Oedem und der entzündliche Zustand der afficirten Stellen nahm nach dem 2. Tage schon ab und bald darauf sah man den Diphtheritisbelag sich ablösen. Dass während der Bepinselung des Rachens eine Aufnahme von Methylenblau in's Blut stattfindet. ersieht man daraus, dass der Harn sich blau oder gräulich färbt. Das in's Blut gelangte Methylenblau bleibt wahrscheinlich nicht ohne Einfluss auf den Verlauf der Diphtheritis, besonders bei allgemeiner Infection des Organismus, weshalb es vielleicht nicht ohne Nutzen wäre, wenn man in solchen Fällen ausser der localen Anwendung noch das Methylenblau innerlich, in der bei Malaria gebräuchlichen Dosis. verabreichen würde. Zur Beförderung der Abstossung der diphtheritischen Beläge verordnete Verf. noch kleine Pilocarpindosen (0·003—0·005 3mal täglich). Der Vorzug einer solchen Behandlung von Diphtheritis vor anderen, bei welchen stark reizende und ätzende Mittel verwendet werden. besteht darin, dass das Methylenblau nicht reizt und dass es die Diphtheritisbeläge durchtränkt, also den Boden für die Entwicklung der Diphtheritisstäbchen untauglich macht und hierdurch auch einer Allgemeininfection vorbeugt. *O. R.*

---

# Dermatologie und Syphilis.

593. ***Ein Fall von Balanitis bei einem 3jährigen Kinde.*** *Von Dr. J. W. Martin, Leith. (The Lancet 1892. 14. Mai. — Arch. f. Kinderhk. 1893, pag. 427.)*

Ein 3¼jähriges Kind hatte eine linksseitige Inguinalhernie. für die es ein Bruchband trug; die vordere Fontanelle war nicht völlig geschlossen. Die Mutter erzählte, dass das Kind beim Uriniren Beschwerden habe, es war in der Nacht unruhig, klagte über Durst und hatte keinen Appetit. Eine dicke milchigweisse Masse kam aus dem Penis und das Kind konnte uriniren; darauf begannen die Symptome nachzulassen. Bei der Untersuchung fand Verf. dicken weisslichen Ausfluss an der Spitze des Penis; die Eichel war geschwollen und die Haut darüber geröthet. Das Präputium war roth und entzündet. Bei näherer Nachfrage erfuhr Verf., dass Jemand, der an einem durch chronische Cystitis bedingten Ausfluss litt, die Gewohnheit hatte, mit dem Kinde zu spielen; bei der Kleidung, wie sie die Kinder in diesem Alter zu tragen pflegen, musste der Penis des Knaben irgendwie mit



dem Ausguss in Berührung gekommen und die Ansteckung auf diesem Wege erfolgt sein; eine andere Annahme war nicht möglich. Unter localer Behandlung besserte sich die Calamität bald.

594. ***Syphilitic hemiparaplegia.*** *Von Dr. S. D. Armstrong. (Med. record. New-York. 1892. 9. Juli.)*

Verf. theilt einen Fall *Brown-Séquard*'scher Lähmung mit: Ein 41jähriger Seemann, 1886 mit Syphilis inficirt, erkrankte Februar 1889 plötzlich an einer Lähmung der rechten unteren Extremität. Bei näherer Untersuchung fand man beiderseits die locale Temperatur normal; spontane Bewegung mit dem rechten Beine unmöglich, links ausführbar. Reflexbewegungen rechts fehlend, linker Patellarreflex abgeschwächt. Gefühlssinn rechts vorhanden, links fehlend. Muskelgefühl links vorhanden. Ausserdem bestand Incontinentia urinae et alvi; zeitweiliges Gefühl von Zusammenschnürung des Leibes unterhalb des Nabels. Beim Aufrechtsitzen im Bett nicht bestimmt zu localisirender Schmerz in der Lumbarregion. Unter Jodkaligebrauch trat völlige Abheilung ein. Der Mann machte darauf eine 7monatliche Seereise, setzte dabei die specifische Behandlung aus und bot bei der Rückkehr deutliche Zeichen von Hinterstrangsclerose. — Das Fehlen localer Symptome über den Wirbeln und die völlige Genesung auf Darreichung von Jodkali liess eine Knochenerkrankung als Ursache der Lähmung ausschliessen. Ein Tumor würde sich in 20 Tagen schwerlich zurückgebildet haben. Es fanden sich keine Anzeichen arterieller Erkrankung, und doch lässt der plötzliche Beginn des Leidens an Hämorrhagie oder Thrombose denken, während das Auftreten eines anderen Rückenmarksleidens die Annahme einer syphilitischen Meningitis mit Infiltration nahelegte. Jedenfalls ist die syphilitische Hemiparaplegie — wie auch ein Fall *Folet's* und einer von *Bozire* lehren — eine der Behandlung zugängliche Krankheit, aber ein Rückfall tritt leicht ein (siehe diesen Fall und einen von *Eisenlohr* berichteten), da zumeist die Blutgefässe oder die Meningen noch an anderen Stellen erkrankt sind. Wichtig ist eine l a n g e fortgesetzte specifische Behandlung. In unklaren Fällen wird man lieber den specifischen Charakter annehmen — mit Rücksicht auf die Unheilbarkeit des Leidens bei anderer Ursache — und Jodpräparate verordnen, mit Inunctionen und heissen Bädern.

*Sternthal.*

595. ***Ein Fall von Herpes Zoster hystericus.*** *Von Primarius Dr. Riehl. Demonstration in d. k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. (Prager med. Wochenschr. 1893. 22.)*

Bei einem 18jährigen Küchenmädchen zeigten sich in einem Zeitraume von 2 Jahren ohne jede Veranlassung gangränöse Stellen am Schenkel, die nach kurzer Heilungsdauer recidivirten. Am 21. December 1892 kam Patientin mit einer elliptischen, 8 Cm. langen und 5 Cm. breiten gangränösen Stelle oberhalb der Knie wieder zur Aufnahme; es wurde ein fester Verband angelegt, da Verdacht auf Simulation bestand. Trotzdem traten unter demselben neue gangränöse Stellen auf und merkwürdigerweise wurde auch eine Stelle, die früher mit einem *Thiersch*'schen Hautlappen gedeckt worden war, gangränös. Die interne Untersuchung der Patientin, sowie der Harn ergaben ein negatives Resultat, dagegen liessen





sich einige anästhetische Hautpartien und Einschränkung des Gesichtsfeldes bei normalem Spiegelbefund constatiren. Da Syringomyelie, Dermatitis arteficialis u. dergl. ausgeschlossen werden mussten, so blieb nichts Anderes übrig, als an Herpes Zoster hystericus zu denken, zumal auch eine beträchtliche Hyperästhesie der Ovarialgegend bestand.

596. ***Acrokeratoma hereditarium.*** *Von Dr.* ***Neuburger.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, 1, pag. 1.)*

Als Acrokeratoma hereditarium hat Verf. die Erkrankung eines 66jährigen Mannes bezeichnet, der gleich seinem verstorbenen Vater und gleich einem seiner Kinder an einer auffällig „harten Haut" leidet. Hartnäckiger Juckreiz, ein frischer Knötchenausschlag der Haut, Schwellungen von Gesicht, Unterextremitäten und Leib haben den Patienten dem Autor zugeführt. Verf. fand eine gleichmässige gelbe Verfärbung der Haut, der Nägel, der Conjunctiva und der Mundschleimhaut; die sehr rauhe und trockene Haut fand er zweitens durchsetzt mit lividrothen Knötchen von Linsen- bis zu Bohnengrösse, und zwar am reichlichsten in der Gegend der Oberschenkel und des Leibes. Am stärksten verdickt, tiefdunkel und von einer dem Chagrinleder ähnlichen Rauhigkeit war die Haut des Hand- und des Fussrückens beiderseits. Schmerz- und Temperaturempfindung waren hier vollkommen aufgehoben; durch Kratzen gelang es, kleine Epidermislagen von der Hautoberfläche abzuheben. Mikroskopisch constatirte Verf. bei deutlicher Hyperplasie aller Epidermisschichten eine mächtige Verbreiterung des Stratum corneum; ausserdem waren die Cutispapillen auffällig verlängert und das Fettgewebe an Masse verringert. Die Erkrankung ist symmetrisch; ohne jene starke Abschilferung, welche der Ichthyosis eigenthümlich ist, hat sie vorwiegend gleich der Ichthyosis die Streckseiten befallen. Gegen Ichthyosis sprechen indess erstens die mikroskopischen Befunde, zweitens eine gewisse Unverschieblichkeit der Haut. Verf. findet die grösste Uebereinstimmung seines Krankheitsbildes mit demjenigen, das *Unna* als Keratoma plantare et palmare hereditarium bezeichnet hat; er ist geneigt, den Fall zu den diffusen Hauthörnern zu zählen und benennt ihn „Acrokeratoma hereditarium".

597. ***Ein Fall von laryngealer Hysterie.*** *Von Dr.* ***Ignaz Moskowitz****, Budapest. (Orvosi Hetilap. 1893. 15. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 23.)*

Ein College ersuchte Verf., seine 12jährige Tochter, die seit 3 Wochen huste, zu untersuchen. Der Husten bestünde nur tagsüber, im Schlafe sistire er ganz. Da die Lungen intact seien, glaube er die Ursache des Uebels im Larynx suchen zu müssen. Verf. traf die gut genährte, ein wenig anämische Kranke im Bette vor und während des Gespräches liess sie einen hustenartigen Ton vernehmen. Auf Befragen gab Pat. an, stets so zu husten. Dieses Tonproduct, welches dem Husten ähnelte, unterschied sich doch von demselben wesentlich; denn während ein Hustenact aus mehreren stossweise hervorgebrachten, krampfartigen Exspirationen besteht, wurde das gehörte hustenartige Geräusch (wie sich *Charcot* in solchen Fällen ausdrückt) mit einer einzigen langen forcirten Exspiration beschlossen. Beim Anhören dieses Tones bezeichnete Verf.



denselben sogleich als nervösen Husten, diese Annahme fand in dem normalen Aussehen des Larynx und der Intactheit der Lungen ihre Bestätigung. Wie selten diese Krankheitsform vorkommt, geht daraus hervor, dass *Charcot* bei seinem riesigen Krankenmateriale nur über einige Fälle berichtet. *Charcot* erwähnt eines interessanten Experimentes, das die Aetiologie dieser laryngealen Erscheinungen aufzuhellen vermag. Er versetzte eine Hysterische in hypnotischen Schlaf und sie hörte in diesem Zustande das rhythmische Schreien einer anderen Kranken. Im wachen Zustande, wiewohl sie deren Minenspiel sah und den Lärm hörte, nahm sie hiervon kein Kenntniss, doch im hypnotischen Zustande fiel das nervöse Contagium auf fruchtbaren Boden; der Mangel des Willens, der Kritik und das Bewusstsein des eigenen Ich's bereitete hierzu eben den günstigen Boden vor. Prognostisch sind diese imitirten Symptome günstiger zu beurtheilen, als die mit einem Grundübel zusammenhängenden Erscheinungen.

598. ***Prurigo der Kinder und ihre Behandlung.*** *Von Dr.* ***E. E. Iwanow.*** *(Westnik obschtschestwennoj gigieny. 1892. Juli. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 9. Beilage.)*

Verf. wendet bei Pr. vera folgende Therapie mit zufriedenstellendem Erfolge an: Zur Hebung der Hauternährung erhalten die Kinder fette Diät. Als besonders geeignet hat sich ein Gemisch von einem Esslöffel geschmolzenen Schweinefettes und einem Glase Milch erwiesen. Etwas älteren Kindern wird ausserdem noch Leberthran gereicht. Gegen das Jucken kommen Einreibungen von Carbol (3—5%) oder Eisessig (5—10%) in wässeriger oder Glycerinlösung zur Anwendung. Die wässerigen Lösungen verdienen nur in vernachlässigten Fällen mit starkem Juckreiz den Vorzug, wegen ihrer schnelleren Wirkung. Dieser Behandlung geht ein Bad voraus, mit Zusatz irgend eines aromatischen Krautes (Bidens tripart., Rad. Calami oder dergl.). Seife wird vermieden und durch Eigelb ersetzt. Häufige Bäder wirken nachtheilig. Dagegen scheinen seltene (1—2mal wöchentlich), kurzdauernde (10—15 Minuten) Bäder mit unmittelbar darauf folgender Einreibung der Glycerinlösung die Cur zu unterstützen. Nach Beseitigung des Juckens besteht die eigentliche Behandlung in 2mal täglich auszuführenden Glycerineinreibungen, welche, selbst nachdem die Haut schon anscheinend ganz normal geworden ist, monatelang fortgesetzt werden müssen. Verf. ist geneigt, dem Glycerin bei Prurigo vera eine geradezu specifische Wirkung beizumessen.

---

## Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

599. ***Zur Pathologie der Harnsecretion.*** *Von Prof.* ***Quincke****, Kiel.) Vortrag am Congress für innere Medicin. 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 42.)*

Rechnet man den Tag zu 15 Stunden, die Dauer der Nacht zu 9 Stunden und setzt man die stündliche Harnsecretion am Tage gleich 100, so erhält man bei Vergleich der täglichen und nächtlichen Harnsecretion Verhältnisszahlen von 100 zu 55 und



125 zu 57. Bei sehr vielen Herz- und Nierenkrankheiten wird dies Verhältniss ein anderes. Die nachfolgenden Zahlen sind Mittelwerthe aus je vierzehntägigen Beobachtungen. Bei Herzkrankheiten ergaben sich Werthe wie 100 zu 125 zu 116, resp. 100, zu 85 zu 166, resp. 100 zu 127. Bei Nierenkrankheiten 100 zu 144, resp. 100 zu 186. — Dies Verhalten fand nicht nur bei Kranken mit Oedemen statt, sondern auch bei ganz compensirten Herzfehlern. Die Bettruhe des Tages macht darauf weniger Unterschied. Diese nächtliche Polyurie ist also hauptsächlich bedingt durch Fortfall verschiedener Reize im Schlafe. Im Schlaf der Gesunden sind alle Functionen sehr herabgesetzt; beim Kranken dagegen treten erst während der Nachtruhe bessere Functionen ein, die die Wassermengen aus dem Organismus herausschaffen. Mit der nächtlichen Polyurie sinkt das specifische Gewicht, aber nicht sehr beträchtlich, es steigt auch die Menge der festen Bestandtheile des Harns.

600. ***Beitrag zur Pemphigusätiologie.*** *Von Dr.* **Strelitz.** *(Arch. f. Kinderhk. Bd. XV. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 12.)*

Verf. war es vor einigen Jahren gelungen, im Inhalte der Pemphigusblasen (P. neonat.) zwei Coccenarten zu finden, die mit dem Staphylococcus pyogenes aureus und albus identisch zu sein schienen. Eine mit diesen Coccen an Thieren ausgeführte Impfung hatte einen negativen Erfolg. Im Jahre 1891 hatte *Almquist* (Zeitschr. f. Hygiene. Bd. X) die Resultate eines Impfversuches veröffentlicht, den er mit dem gelben Coccus an sich selbst angestellt und der das interessante Ergebniss gehabt hatte, dass es ihm in der That gelang, auf seinem Arme richtige Pemphigusblasen zu erzeugen. Auf Grund dieses Versuches sah sich nun Verf. veranlasst, den aus dem Blaseninhalte eines an Pemphigus leidenden $^1/_2$jährigen Kindes gezüchteten gelben Coccus auf seinen Arm und den eines Collegen zu verimpfen. Schon nach 30 Stunden fanden sich an den Impfstellen regelrechte Pemphigusblasen. Im Laufe von 4 Wochen erfolgten nun immer neue Eruptionen von Blasen, deren Entstehung Verf. auf eine directe Uebertragung des Virus auf die durch den Verband leicht gereizte Haut zurückführt. Das Allgemeinbefinden blieb ein ungestörtes, Fieber und Drüsenschwellung traten nicht auf. Der Process verlief stets nur in den obersten Epidermisschichten und hinterliess keine Narbenbildung. Die Bezeichnung Pemph. neonatorum hält Verf. auf Grund seiner Untersuchungen nicht für präcise, er glaubt, dass damit kein besonderes Charakteristicum der Krankheit gegeben sei. Wenn auch die meisten Erkrankungen Säuglinge beträfen, so sei eine Infection Erwachsener nicht nur wahrscheinlich, sondern, wie z. B. auch von *Eichhorst* beobachtet wurde, durchaus constatirt. Da der Process acut und durchaus gutartig verläuft, erscheint Verf. die Bezeichnung P. acutus oder benignus passender als die gewöhnliche P. neonatorum. Das Resultat seiner Arbeit fasst Verf. in folgende Worte zusammen: Der zuerst von ihm und später von *Almquist* beschriebene Mikrococcus sei der Erreger der acut auftretenden und gutartig verlaufenden Pemphigusfälle, wie sie nicht selten, vorwiegend bei Säuglingen und jungen Kindern, zur Beobachtung kommen.







601. ***Der Förster'sche Verschiebungstypus ein „objectives" Symptom der traumatischen Neurose.*** *Von Dr. **S. Placzek**. (Berliner klin. Wochenschr. 1892. 35 u. 36. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 21.)*

Der *Förster*'sche Verschiebungstypus besteht darin, dass das in centripetaler Richtung in's Gesichtsfeld hineingeführte Prüfungsobject weiter peripherisch gesehen wird als das in centrifugaler Richtung geführte. Die auf diese Weise erhaltenen Gesichtsfelder sind also verschieden gross, und zwar das erste in jeder Richtung grösser als das zweite. Dieses Untersuchungsergebniss erfährt jedoch bei bestimmter Modification der Methode eine Aenderung. Führt man das Object stets durch den ganzen Perimatormeridian hindurch, also von der Peripherie durch's Centrum nach der Peripherie, und notirt die Punkte des Sichtbarwerdens und Verschwindens, so erhält man zwei sich schneidende Gesichtsfeldgrenzen, und zwar ist jede nach der Richtung hin weiter, aus welcher das Object in's Gesichtsfeld hineingeführt wurde. Verf. tritt warm für die traumatische Neurose im Sinne *Oppenheim's* ein und glaubt, dass mit dem *Förster*'schen Verschiebungstypus das Krankheitsbild der traumatischen Neurose um ein häufig in Erscheinung tretendes Symptom bereichert worden ist. Bei den 8 vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen fand sich das Phänomen jedesmal, wenn auch eine concentrische Gesichtsfeldeinengung vorhanden war.

602. ***Ueber die bactericide Wirkung der Alexine.*** *Von **E. A. Hankin**. (Brit. med. Journ. 1892. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 20.)*

Bekanntlich zeigt Verf., dass gewisse Proteidsubstanzen, mit Namen Alexine, welche bacterientödtende Eigenschaften besitzen, aus den Organen der verschiedensten Thiere auf gewisse Weise erhalten werden können. Er hat ferner die Annahme zu begründen gesucht, dass diese Körper während des Lebens in Zellen eingeschlossen sind und erst beim Tode des Thieres und unter gewissen, denselben begleitenden Umständen aus den Zellen heraustreten und in die Körperflüssigkeiten übergehen. Verf. sucht damit die bactericiden Eigenschaften des Blutserums zu erklären. Schliesslich hat er nachgewiesen, dass diese Alexine auf Blutplasma dieselbe fibrinbildende Einwirkung haben, wie das Fibrinferment, also wahrscheinlich damit identisch sind. An diese ältere Untersuchung des Verf. schliesst sich nun die vorliegende an. Er wurde zu derselben veranlasst durch die bekannte Thatsache, dass Thiere oder Menschen, welche vom Blitze getroffen sind, einmal sehr rasch nach dem Tode der Fäulniss unterliegen und ferner, dass ihr Blut nicht gerinnt. Es wäre nun möglich, dass durch die Elektricität die Alexine ganz oder theilweise vernichtet werden, wodurch wiederum erstens die Bacterien im Wachsthum weniger behindert werden und zweitens die Gerinnung wegen des Fehlens des fibrinbildenden Fermentes ausbleibt. Verf. hat, um dies zu beweisen, Alexinbildungen, die er sich bereitete, starken elektrischen Strömungen von hoher Spannung ausgesetzt. In einer grösseren Reihe Versuche hat er in der That gefunden, dass die bacterientödtenden Eigenschaften der Alexine durch einige wenige (6) kräftige elektrische Schläge völlig aufgehoben werden. Hierbei zeigt er, dass nicht etwa grobmechanische Wirkungen oder etwa



Wärmewirkungen von Seiten der Funken als Ursache für diese merkwürdige Thatsache gelten können. Auch zeigt er, dass in gewissen Fällen auch das Blutserum allein seine bactericiden Eigenschaften ganz oder fast ganz verliert, wenn es einigen wenigen (6) elektrischen Schlägen ausgesetzt worden ist. Diese Thatsachen, schon an sich interessant, haben aber noch eine andere Bedeutung. Sie widerlegen eine von *Haffkine* auf Grund von Versuchen im *Pasteur*'schen Laboratorium aufgestellte Theorie. Dieser Forscher hatte gezeigt, dass die Veränderung des Mediums schon im Stande ist, das Wachsthum einer Bacterienart zu vernichten, selbst wenn dieses Medium sonst eine Nährflüssigkeit für die betreffende Bacterienart ist. So wird der Typhusbacillus getödtet, wenn man ihn plötzlich aus Bouillon in Humor aqueus überträgt oder umgekehrt. So suchte *Haffkine* die bacterientödtende Eigenschaft als auf Veränderungen des Mediums beruhend zurückzuführen. Verf. hat nunmehr durch seine Versuche bewiesen, dass das Blutserum sofort zum besten Nährboden wird, wenn elektrische Ströme hindurchgeleitet worden sind. Es sind hier also gewisse Substanzen vernichtet, welche ihm diese bacterientödtenden Eigenschaften verleihen, die Alexine.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

603. ***Ueber die schädlichen Bestandtheile der Kindergummisachen.*** *Von Dr.* ***Bulowsky.*** *(Arch. f. Hygiene. Bd. XV. — Aerztl. Praktiker. 1892.)*

Diese Gummisachen sind unschädlich, wenn sie im Wasser schwimmen, wenn sie elastisch sind und wenn sie eine weiche Consistenz haben. Je grösser das specifische Gewicht der Gummiwaaren, desto bedeutender ist auch ihr Aschengehalt, d. h. ihr Gehalt an mineralischen Bestandtheilen. Schwarze Warzen- und Saughütchen sind unschädlich. Schwarze Puppen, wenn sie in der Masse so gefärbt sind, sind schädlich, da sie Bleioxyd enthalten. Man kann sie von den unschädlichen schwarzen Gummisachen dadurch unterscheiden, dass sie in Wasser untersinken. Rothe oder rothbraune Gummisachen, die in der Masse so gefärbt sind, sind unschädlich, da sie Fünffach-Schwefelantimon enthalten. Alle grauen Gummisachen sind relativ schädlich, weil sie Zinkoxyd enthalten. Es ist ferner zu berichten, dass unter den Farben, mit denen die Gummispielsachen oberflächlich gefärbt sind, sich auch schädliche befinden.

604. ***Ueber Maul- und Klauenseuche bei Menschen.*** *Von Dr.* ***Boas.*** *Vortrag im Verein für innere Medicin. Berlin 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 24.)*

Die Uebertragung der Krankheit auf Menschen ist erst seit wenigen Jahren bekannt. *Siegel* bezeichnet die Krankheit auf Grund seiner vor zwei Jahren bei einer Epidemie gemachten Erfahrungen als Stomatitis epidemica. Das Krankheitsbild ist in kurzen Zügen folgendes: das Incubationsstadium dauert 8–10 Tage. Prodrome charakterisiren sich durch Schüttelfrost, Ziehen in den Gliedern, Kreuzschmerzen. Das dauert 3—8 Tage. Das Fieber erreicht die



Höhe von 38·5°, bei Kindern 39·5°. Darauf entwickelt sich ein Ausschlag. theils an den Lippen, theils an den Wangen und der Zungenschleimhaut. Er zeigt den Charakter einer Stomatitis aphtosa. Auffallend ist eine starke Zungenschwellung. Gleichzeitig entwickelt sich ein Exanthem, entweder als Erythem oder Petechien. Es können sich auch kleine Pemphigusblasen bilden. Mit der Höhe der Entwicklung des Ausschlages hört das Fieber auf. Die Krankheit nimmt gewöhnlich einen günstigen Verlauf. Manche Fälle verlaufen schwerer, mit Intestinalblutungen, ferner Blutungen aus Mund- und Wangenschleimhaut, ähnlich dem Scorbut. In 20 Fällen unter 100 trat der Tod ein. In einer Reihe von Schnittpräparaten aus Leber und Nieren konnte eine bestimmte Bacterienform gefunden werden. — Ausser der acuten Form gibt es noch eine chronische, welche Wochen lang dauert und den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht. Es entwickeln sich bedeutende Ernährungsstörungen, Schwindel, Obstipation, Appetitlosigkeit. Der von *Siegel* als Ursache angegebene Bacillus färbt sich leicht mit Anilinfarben. Er zeigt eine vacuolenartige Höhle, die sich scharf abzeichnet. Verf. hatte zufällig in Berlin Gelegenheit, einige solcher Fälle zu beobachten, die vielleicht häufiger vorkommen. Die Erkrankung betraf eine Familie, wo häufig rohe Milch getrunken wird. Dieselbe wurde aus einer inficirten Gegend bezogen. Vier Kinder erkrankten.

605. ***Ein Wort über die Ausübung der Massage durch Laienhände.*** *Von Dr.* ***Albert Hoffa****, Würzburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 6.)*

Ebensowenig wie ein Laie, der sich eine Elektrisirmaschine kauft und die Gebrauchsanweisung derselben liest, im Stande ist, einen Patienten nach wissenschaftlichen Grundsätzen zu elektrisiren, ebensowenig ist ein Masseur, der sich einige Handgriffe angeeignet hat, im Stande, den Patienten regelrecht zu massiren. Die Massage, die einen wirklich wissenschaftlichen Charakter haben soll, kann nur von solchen Aerzten ausgeübt werden, die das Wesen und den Werth der Massage gründlich studirt haben; denn die wissenschaftliche Massage stellt hervorragende Ansprüche an den ausübenden Arzt. Der massirende Arzt muss sich zunächst die gar nicht leichte Massagetechnik aneignen, die sich, in wissenschaftlicher Weise ausgeführt, ganz anders ausnimmt, als das Streichen und Kneten der Laien oder die in vielen Massagebüchern beschriebene Technik, er muss überdies auch eine absolut genaue palpatorische Diagnose der vorliegenden pathologischen Affection stellen können. Nur auf Grund einer solchen Diagnose kann er dem Krankheitsherd erfolgreich zu Leibe gehen. Wenn es nun schon für ausgebildete Aerzte nicht leicht ist, sich die nöthige Technik, die sich auf streng anatomischer Basis aufbauen muss, zu erwerben, wenn es ferner gar nicht leicht ist, einem gebildeten Arzte die Palpation pathologischer Producte, z. B. an den Gelenken, in den Muskeln bei rheumatischen Affectionen, beizubringen, die wegmassirt werden müssen, da sie die Krankheit unterhalten, ist es da nicht ganz unmöglich, auch den mit dem besten Willen kommenden Laien in diesen Sachen zu unterrichten? Verf. behauptet, dass jeder Laienmasseur ein Pfuscher ist und bleibt und strebt demgemäss das völlige Verbot der Laienmassage an.



606. ***Ueber chronische Schwefelkohlenstoffvergiftung.*** *Von Dr. **Bloch.** Vortrag im Vereine für innere Medicin in Berlin. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 48.)*

Der 34jährige verheiratete Mann hat seit $2^1/_2$ Jahren in einer Gummiwaarenfabrik die Aufgabe, die fertigen Gummiwaaren zu vulcanisiren, indem er diese durch eine in einer Wanne befindliche Lösung von Schwefelkohlenstoff mit einer gewissen Schnelligkeit hindurchziehen muss. Der Schwefelkohlenstoff verdunstet ausserordentlich schnell. Das Leiden des Patienten besteht seit 5 Monaten; aber schon längere Zeit vorher beobachtete er Aufstossen mit eigenthümlich fauligem Geschmack, Erbrechen, Schwindel, depressive, gereizte Stimmung, Schwerbeweglichkeit der Zunge, vor dem Einschlafen Gesichtsballucinationen, zunehmende Schwäche, Zittern, Abnahme des Körpergewichtes um 23 Pfund: Flimmern vor den Augen, Polyurie und Polydipsie. Eine Abnahme der Intelligenz ist nicht zu constatiren, dagegen hat seiner Angabe nach das Gedächtniss gelitten. Geringe concentrische Einengung des Gesichtsfeldes, geringe Deviation der Zunge nach rechts. Die auffallendsten Störungen bestehen an den Extremitäten: Erhebliche Herabsetzung der Motilität der Arme und Beine, besonders rechts. ferner starker Tremor. Der Gang ist schleppend und zeigt motorische Schwäche. An den Händen und Vorderarmen, sowie an den Füssen Hypästhesie und Hypalgesie. *Charcot* ist geneigt, die Störungen zum grossen Theil auf Hysterie zurückzuführen, während andere Autoren schwere Störungen der Organe mit Neuritis, Parese etc. zu Grunde legen.

607. ***Sanitäre Anforderungen an Dampfbädern.*** *Bericht vom Wiener Stadtphysikate. 1892.*

Ueber den Betrieb der Dampfbäder wurde anlässlich einer in einem solchen Bade vorgekommenen Verbrühung eines Badegastes die commissionelle Ueberprüfung der Einrichtungen der in Wien bestehenden Dampfbäder beantragt und sind hierfür die nachfolgenden Bestimmungen empfohlen worden: Fixirung einer Maximaltemperatur und der Dauer des Aufenthaltes in der Dunstkammer, Ueberwachung durch erfahrene Badediener, eventuell von einem Vorraum aus, Ermöglichung der Ablesung des Thermometers von aussen. Regulirung der Temperatur durch die Badediener und Verhinderung jeder diesbezüglichen Einwirkung anderer Personen, Anbringung sicherer Vorkehrungen zur Vermeidung des directen Ausströmens des Dampfes gegen den Badegast aus den Rohrleitungen der Dunstkammer, Beschränkung der allfälligen aussergewöhnlichen Benützung der Dampfbäder über die festgesetzten Normen hinaus auf solche Fälle, für die eine diesbezügliche ärztliche Anordnung stattgefunden hat und eine sorgfältige Ueberwachung veranlasst worden ist, Ermöglichung der Benützung eines kalten Wasserstrahles in jeder Dampfkammer, Anbringung von Signalapparaten in denselben und von Vorrichtungen für eine zweckmässige Lufterneuerung, die Entfernung aller für bestimmte Heilzwecke dienenden Einrichtungen. Instruirung der Badediener nach Thunlichkeit über die erste Hilfe bei Unglücksfällen und Ermöglichung einer raschen Hilfeleistung, Verpflichtung des Badebesitzers bezüglich der Controle des Thermometers und der Ein-



richtung für die Dampfeinströmung und zur Einhaltung eines regelmässigen Wechsels bezüglich der in den Dampfkammern beschäftigten Badediener, sowie zur Bereithaltung eines vorgeschriebenen sogenannten Rettungskastens, endlich die Festsetzung einer eigenen Badeordnung für die Dampfbäder.

Für eine solche Badeordnung wurden folgende Punkte vorgeschlagen: 1. Die Angabe der zulässigen oberen Temperaturgrenze in den Dampfkammern, welche mit 50° C. zu normiren wäre. 2. Die Angabe der zugelassenen Aufenthaltsdauer in den Dampfkammern, wenn deren regelmässige Temperatur 46° C. übersteigt, in welchem Falle dieselbe auf 10 Minuten zu beschränken wäre. 3. Die Verpflichtung der Badediener: *a)* die innerhalb der Dampfkammer eingestellten Objecte täglich nach Sistirung des Betriebes allseitig gründlich zu reinigen; *b)* die Temperatur in den Dampfkammern durch Ablesen der Thermometer mindestens alle 10 Minuten zu controliren, wofern die Badediener nicht ohnehin ihren Standort innerhalb der Dampfkammer angewiesen hätten; *c)* sich täglich vor Eröffnung des Bades darüber zu vergewissern, dass jene Einrichtungen, welche das directe Anströmen der Wasserdämpfe aus den Dampfzuleitungsröhren auf die Badegäste zu verhindern bestimmt sind und über deren Handhabung sie besonders eingehend bei dem Dienstantritte instruirt werden müssen, sich in tadellosem Zustande befinden; diesen Einrichtungen bei allfälliger Möglichkeit eintretender Veränderungen auch im Laufe des Tages die nothwendige Aufmerksamkeit zu widmen und wahrgenommene Gebrechen sofort abzustellen; *d)* die regelmässige Handhabung der in allen Abtheilungen von Dampfbädern auszuführenden Ventilationsvorrichtungen und der täglichen Lüftung der Dampfkammern nach Schliessung des Bades womöglich durch Oeffnen der Fenster; *e)* die Beheizung der Vor- und Warteräume bei kalter Witterung und die Erhaltung einer constanten Temperatur von 16—18° C. in denselben; *f)* die Beachtung des Gesundheitszustandes der Badegäste und die Anweisung derjenigen, welche mit Hautausschlägen behaftet betroffen wurden, durch ein ärztliches Zeugniss den Nachweis zu liefern, dass ihr Zustand die Mitbadenden nicht gefährde; *g)* die sofortige Ausscheidung der Wäsche eines einer Infectionskrankheit verdächtigten Badegastes; dieselbe ist in 5%iger Carbolsäurelösung einzulegen und gesondert zu waschen, die benützte Ankleidecabine ist sofort bis nach erfolgter Desinfection, wegen deren Durchführung die Anzeige an das Gemeindeamt zu erstatten sein wird, ausser Verwendung zu setzen; *h)* die sorgfältige Reinhaltung aller Utensilien, speciell auch der Kämme und Kopfbürsten; *i)* die Verwarnung der Badegäste, eigenmächtig Regulirungen an den Dampfleitungen vorzunehmen und die Application von Substanzen, die die Mitbadenden belästigen könnten, vorzunehmen. Dr. *E. Levy.*

608. ***Vorschriften für Perlmutter- und Holzdrechslerei.*** *Bericht vom Wiener Stadtphysikate. 1892.*

Bezüglich der prophylactischen Massregeln, welche in Perlmutterdrechslereien, sowie für das Horndrechslergewerbe und in ähnlichen, mit Entwicklung eines scharfen Staubes verbundenen Gewerben zu beobachten wären, wurden folgende Anträge gestellt:



Bei neu zu errichtenden Perlmutterdrechslereien sollen die Arbeitsräume nicht mit Wohnräumen communiciren, die Fenster derselben nicht auf die Strasse gehen, für die Abfuhr der verbrauchten und die Zufuhr frischer Luft soll in ausgiebigem Masse gesorgt sein, in den Bohr- und Schleifräumen sollen ausserdem Exhaustoren angebracht werden. Die Höhe der Arbeitsräume soll mindestens 4 Meter betragen und auf einen Arbeiter mindestens 15 Cbm. Luftraum entfallen. In allen Perlmutter- und anderen Drechslerwerkstätten sollen verschliessbare Kleiderkästen und Waschapparate vorhanden sein; die Gefässe mit dem zum Befeuchten des Rohmateriales bestimmten Wasser täglich entleert und sorgfältig gereinigt werden, die Reinigung der Wände der Arbeitsräume und der Arbeitsgeräthschaften soll täglich in sorgfältiger Weise auf feuchtem Wege ausgeführt werden. Zur Arbeit sollen nur kräftige gesunde und speciell zu Erkrankungen der Respirationsorgane nicht disponirte Individuen, zu den Perlmutter-Bohr- und Schleifarbeiten nur Arbeiter über 20 Jahre verwendet werden.

Dr. *E. Levy.*

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 609. *Ueber den augenblicklichen Stand der bacteriologischen Choleradiagnose.*

*Von* **Robert Koch.**

*(Zeitschr. f. Hyg. u. Infectionskh. 1893. Bd. XIV. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 22.)*

Der Nachweis der Cholerabacterien ist in zweifelhaften Fällen, namentlich im Beginn und am Ende einer Epidemie, für die Diagnose von grösster Bedeutung. „In Krankenhäusern wird man in Zukunft auch während einer Epidemie die bacteriologische Untersuchung in weiterem Umfange durchführen müssen, weil sich herausgestellt hat, dass die Dejectionen noch längere Zeit nach dem eigentlichen Choleraanfall Cholerabacterien enthalten können, und es doch nicht angängig ist, die Kranken eher zu entlassen, als bis sie frei von Cholerabacterien sind.“ Der Werth der bacteriologischen Diagnostik hängt davon ab, dass sie schnell und sicher auszuführen ist. Nun hat sich im Verlaufe der vorjährigen Epidemie sehr bald herausgestellt, dass das ursprünglich von Verf. angegebene Gelatineplattenculturverfahren nicht immer den zu stellenden Anforderungen völlig entsprach. Es wurde deshalb die Methode zu verbessern gesucht und es ist dies in der That gelungen. Zu dem gegenwärtig in Verf.'s Institut geübten Verfahren gehören sechs Theile: 1. Die mikroskopische Untersuchung. 2. Die Peptoncultur. 3. Die Gelatineplattencultur. 4 Die Agarplattencultur. 5. Die Cholerarothreaction (Indolreaction). 6. Der Thierversuch. 1. Die mikroskopische Untersuchung. Es wird von dem zu untersuchenden Objecte (Darminhalt einer Leiche oder Dejectionen eines Kranken), und zwar, wenn irgend möglich, von einer der Flüssig-



keit entnommenen Schleimflocke ein Deckglaspräparat hergestellt und dasselbe (am besten mit verdünnter *Ziehl*'scher Fuchsinlösung) gefärbt. Je nach der Schwere des Falles und nach dem Stadium der Krankheit finden sich in derartigen Präparaten die Cholerabacterien ganz oder nahezu in Reincultur, oder gemischt mit den gewöhnlichen Darmbacterien, unter diesen vorwiegend das Bacterium coli, in allen Abstufungen bis zu solchen Fällen, in welchen mikroskopisch nichts mehr von gekrümmten Stäbchen zu finden ist. Sind die Cholerabacterien in überwiegender Zahl vorhanden, so liegen sie in der Regel, und zwar an den Stellen, wo der Schleim bei der Präparation fadenförmig ausgezogen ist, in charakteristisch geformten Gruppen zusammen. Sie bilden nämlich Häufchen, in denen die einzelnen Bacillen sämmtlich dieselbe Richtung haben, so dass es so aussieht, als wenn ein kleiner Schwarm derselben wie etwa Fische in einem langsam fliessenden Gewässer hintereinander herziehen. Diese eigenthümliche Lagerung der Cholerabacterien in den Schleimflocken ist ohne weiteres für die sichere Diagnose der Cholera asiatica zu verwerthen. „Wenn in mikroskopischen Präparaten aus Dejectionen die eigenthümliche Gruppirung der Cholerabacterien fehlen sollte, aber neben zahlreichen verstreuten Bacterien, welche das Aussehen von Cholerabacterien haben, nur Bacterium coli gefunden wird, dann kann man ebenfalls noch mit Sicherheit darauf rechnen, asiatische Cholera vor sich zu haben. Erst wenn das Bacteriengemisch ein complicirteres wird, fängt die mikroskopische Diagnose an, unsicher zu werden.“ 2. Die Peptoncultur. Eine sterilisirte wässerige Lösung von 1% Pepton und 1% Kochsalz, welcher so viel Soda zugesetzt wird, dass sie kräftig alkalisch reagirt, eignet sich bei 37° viel besser zur Cultivirung der Cholerabacterien als der gewöhnliche, mit Fleischbrühe hergestellte flüssige Nährboden. Bringt man in die genannte, im Reagenzglase befindliche sterilisirte Peptonlösung eine oder mehrere Platinösen der zu untersuchenden Dejection oder einige Schleimflocken aus derselben, und stellt man das Reagenzglas dann in den auf 37° eingestellten Brütschrank, so findet man bei reichlichem Vorhandensein der Cholerabacterien in dem Aussaatmaterial oft schon nach sechs Stunden an der Oberfläche der Peptonlösung eine Reincultur von Cholerabacterien. (Die Cholerabacterien besitzen ein sehr hohes Sauerstoffbedürfniss; sie streben nach der Flüssigkeitsoberfläche und vermehren sich daselbst ungestört von den übrigen Fäcesbacterien, welche, wenigstens anfangs, mehr in den tieferen Schichten der Flüssigkeit bleiben.) Sind weniger Cholerabacterien im Aussaatmateriale vorhanden gewesen, dann erscheinen sie später an der Oberfläche und mehr oder weniger gemischt mit Fäcesbacterien (hauptsächlich Bacterium coli), so dass die mikroskopische Untersuchung schliesslich in Zweifel lassen kann, ob die vorgefundenen gekrümmten Bacterien Cholerabacterien sind. „Auf jeden Fall wird aber das ursprüngliche Untersuchungsmaterial durch die Peptoncultur an Cholerabacterien, sofern dieselben überhaupt vorhanden sind, so angereichert, dass die weitere Untersuchung und Isolirung, welche allein mit der Gelatineplattencultur und ähnlichen Verfahren unsicher und aussichtslos war, nun eine erheblich



leichtere geworden ist" . . . . „Die beste Zeit zur Untersuchung der Peptonlösung ist 6—12 Stunden nach der Aussaat; mitunter muss man länger warten." Schliesslich werden die Cholerabacterien von anderen Bacterien auch in den oberen Flüssigkeitsschichten überwuchert und verdrängt, und es kann der Fall eintreten, dass sie bei einer zu späten Untersuchung nicht mehr gefunden werden. Die Peptonpräparate des Handels haben keinen gleichmässigen Alkaligehalt; eine quantitativ bestimmte Vorschrift für den nöthigen Sodazusatz zur Peptonlösung lässt sich also nicht für alle Fälle geben; er muss für das einzelne Präparat ausprobirt werden. Im *Koch*'schen Institut wird das Pepton von *Witte* in Rostock verwandt. 3. Die Gelatineplattencultur. „Das Aussehen der Choleracolonien in Gelatineplatten ist ein so charakteristisches, namentlich wenn dieselben in überwiegender Zahl oder gar in Reincultur vorhanden sind, dass dieses Verfahren, obwohl es an Feinheit von der Peptoncultur, wie erwähnt, übertroffen wird, nicht entbehrt werden kann. Pepton- und Gelatinecultur müssen sich gegenseitig ergänzen." Es ist nothwendig, eine gut präparirte 10%ige Nährgelatine und einen auf 22° C. eingestellten Brütschrank zur Verfügung zu haben, welcher nicht grössere Schwankungen als einen halben Grad über und unter 22° hat. Unter diesen Verhältnissen erreichen die Colonien auf den Platten in 15—20 Stunden ihr charakteristisches Aussehen. „Wenn die Culturen bei einer zu hohen Temperatur gehalten werden, oder wenn die Gelatine nichts taugt und schon bei 22° zu weich ist, dann verflüssigen die Choleracolonien die Gelatine in grösserem Umfange und sie bekommen dann ein Aussehen, welches demjenigen der *Finkler*'schen Bacterien sehr ähnlich ist. Ungeübte können deswegen leicht in den Irrthum verfallen, wenn sie ungeschickt operirt haben, *Finkler*'sche statt der Cholerabacterien vor sich zu haben, ein Irrthum, welcher während der letzten Epidemie in der That wiederholt vorgekommen ist." 4. Die Agarplattencultur. Das Aussaatmaterial wird zweckmässiger Weise nicht mit dem geschmolzenen Agar vermischt, sondern man lässt das geschmolzene, in Doppelschalen ausgegossene sterile Agar zunächst erstarren, lässt die Schalen dann zum Zwecke der Verdunstung der ausgepressten oberflächlichen dünnen Flüssigkeitsschicht mehrere Tage im Brütschrank stehen und breitet auf so vorbereiteten Agarflächen das zu untersuchende Material (eventuell eine Spur der oberflächlichen Schicht der Peptoncultur) mit einer Platinöse aus. Die geimpften Agarschälchen kommen in den Brütschrank. Die entstehenden Colonien sitzen dann natürlich der Agaroberfläche auf. Bei 37° entstehen in 8—10 Stunden, falls Cholerabacterien in dem Aussaatmaterial vorhanden waren, verhältnissmässig grosse, für weitere Abimpfung und Untersuchung geeignete Choleracolonien. Die oberflächlichen Choleracolonien auf der Agarplatte haben ein eigenthümliches hellgraubraunes transparentes Aussehen, während fast alle anderen hier in Frage kommenden Bacterien weniger transparente Colonien bilden. „Die fraglichen Colonien müssen, um sicher zu gehen, jedesmal mikroskopisch darauf geprüft werden, ob sie auch aus Bacterien bestehen, die morphologisch mit den Cholerabacterien übereinstimmen." Der Vortheil der Agarplatten-



cultur liegt darin, dass sie die Anwendung der Brüttemperatur (37°) ermöglicht und deswegen schon innerhalb 8—10 Stunden eine sichere Trennung der Keime in isolirten Colonien gestattet, deren Grösse die weitere Prüfung des so reingezüchteten Materials bequem zulässt. 5. Die Cholerarothreaction (Indolreaction). Dieser Reaction misst *Koch* zur Unterscheidung der Cholerabacterien von ähnlich geformten Bacterien einen hohen Werth bei. Am besten eignet sich als Cultursubstrat die oben angegebene Peptonlösung. Das Pepton muss einen bestimmten Gehalt an Nitraten haben: eventuell wird das Nitrat (nach dem Vorschlage von *Bleisch*) in entsprechender Menge zugesetzt. Die Schwefelsäure muss vollkommen frei von salpetriger Säure sein. Drittens darf die Reaction nur mit Reinculturen angestellt werden, da sonst eventuell der Einwand gemacht werden kann, dass das Indol oder die salpetrige Säure von anderen Bacterien als Cholerabacterien herrührt. 6. Der Thierversuch. Durch die Arbeiten von *R. Pfeiffer* ist sichergestellt, dass das Gift der Cholerabacterien vorwiegend in den Bacterienzellen selbst enthalten ist, und dass man nur dann gleichmässige und zuverlässige Resultate erhält, wenn nicht flüssige Culturen, sondern die auf Agar gewachsenen Culturen in bestimmter Menge in die Bauchhöhle von Meerschweinchen gebracht werden. Man entnimmt nach *Pfeiffer* mit einer Platinöse, welche ungefähr 1·5 Mgrm. der Cultur zu fassen vermag, eine volle Platinöse, vertheilt das Material in 1 Ccm. sterilisirter Bouillon und injicirt es dann dem Thiere in die Bauchhöhle. Eine Platinöse von der angegebenen Grösse kann als sicher tödtliche Dosis für ein Meerschweinchen von 300—350 Grm. Gewicht gelten. Die Thiere gehen, auf diese Weise mit Cholera inficirt, unter typischen Vergiftungserscheinungen und Temperaturabfall zu Grunde. „Auf den Thierversuch muss ebenso wie auf die Cholerarothreaction deswegen grosser Werth gelegt werden, weil derselbe in verhältnissmässig kurzer Zeit eine Eigenschaft der Cholerabacterien erkennen lässt, welche ihnen ausschliesslich zukommt. Unter allen gekrümmten, d. h. spirillenartigen Bacterien, welche bei der Untersuchung auf Cholera in Frage kommen, ist bisher keine gefunden, welche in der angegebenen Dosis auch nur annähernd ähnliche Symptome bewirkt wie die Cholerabacterien.“ Die im Vorhergehenden beschriebenen sechs Einzelverfahren ermöglichen es, in allen Fällen schnell zu einer sicheren Diagnose zu gelangen. Der Gang der Untersuchung würde sich folgendermassen gestalten: 1. Anfertigung und Untersuchung gefärbter Trockenpräparate, womöglich von Schleimflocken. In nahezu der Hälfte der Fälle kann dieselbe schon ohne weiteres eine sichere Diagnose gestatten. Im positiven Falle (zur nachträglichen vollkommenen Sicherung) Anlegung einer Gelatineplattencultur und einer Peptoncultur. Die Peptoncultur zeigt (bei 37° gehalten) nach 8 Stunden Cholerabacterien an der Oberfläche in Reincultur; Indolreaction. Die Gelatineplatten (bei 22° gehalten) zeigen nach 20 Stunden die charakteristisch geformten Colonien. 2. Im Falle des Unsicherbleibens der mikroskopischen Prüfung Anlegung von Gelatineplatten, Peptonculturen, womöglich auch Agarplatten. Von 6 Stunden nach Beginn des Versuches an werden die Peptonculturen von Zeit zu Zeit auf das



Auftreten gekrümmter Bacterien mikroskopisch untersucht. Sobald sich solche finden: Anlegung von neuen Agarplatten aus der Peptoncultur. Nach etwa 10 Stunden Prüfung dieser Agarplatten, sowie der zuerst angelegten Gelatineplatten. Die charakteristische Form der Colonien auf den letzteren, sowie die genaue Untersuchung der Agarcolonien ermöglicht jetzt häufig die Diagnose auf Cholera; dieselbe wird nachträglich durch Peptonreinculturen (von den Plattencolonien angelegt) und die damit angestellten Indolreactionen controlirt. 3. Finden sich in den primären Peptonculturen Commabacillen nur in geringer Zahl, kommen auf den Gelatineplatten nur ganz vereinzelte oder gar keine charakteristischen Colonien zur Entwicklung, so kommt Alles auf die richtige Benutzung der Agarplatten an, welche aus den Peptonculturen geimpft werden. Verdächtige Colonien müssen von diesen Agarplatten sofort auf neue Agarplatten, Gelatineplatten und in Pepton übertragen werden, damit sobald wie möglich Material zur weiteren Prüfung, speciell auch für die Indolreaction und den Thierversuch, gewonnen wird. „Da aus der letzten Epidemie mehrfach über die Fälle berichtet ist, in denen die Cholerabacterien bei wiederholten Untersuchungen nur vorübergehend gefunden wurden, so wird man es auch in Zukunft unter Umständen bei einem einmaligen negativen Befund nicht bewenden lassen, sondern die Untersuchung wiederholen müssen.“ Zum Schlusse empfiehlt *Koch* die im Vorhergehenden zweckmässig befundene Peptoncultur auch zum Zwecke der Untersuchung des Wassers auf Cholerabacterien. Die zu prüfende Wassermenge wird zweckmässig nicht über 100 Ccm. gross genommen. Dem Wasser wird Pepton und Kochsalz (von jedem 1%) direct zugesetzt, die Mischung dann bei 37° C. gehalten. „Nach 10, 15 und 20 Stunden sind von der Peptoncultur Agarplatten zu beschicken. Die mikroskopische Untersuchung der Peptoncultur ist in diesem Falle von untergeordneter Bedeutung, da man fast aus jedem Wasser auf die angegebene Weise gekrümmte Bacterien herauszüchtet, welche den Cholerabacterien morphologisch sehr ähnlich sind.“ Die auf den Agarplatten sich entwickelnden verdächtigen Colonien werden dann mikroskopisch geprüft und, falls sie aus gekrümmten Bacterien bestehen, in Pepton und auf Agar weiter gezüchtet, um dann die Indolreaction, respective den Thierversuch anzuschliessen.

# Literatur.

610. ***Lehrbuch der Geburtshilfe.*** *Von Dr.* ***Rudolf Kaltenbach****, o. ö. Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie, Director der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S. Mit 102 in den Text gedruckten Abbildungen und zwei Tafeln in Farbendruck. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. 8°. VI u. 524 S.*

Die Thatsache, dass ein kurzbemessenes und doch vollständiges Lehrbuch nur derjenige schaffen kann, dem eine langjährige reichhaltige eigene Erfahrung zu Gebote steht, findet in dem vorliegenden Werke neuerdings volle Bestätigung. Um so werthvoller wird aber ein solches Lehrbuch, wenn darin, wie Verf. in der Vorrede betont, im Rahmen



dessen, was bereits sicheres Allgemeingut des Faches geworden ist, auch die eigenen im Verlaufe einer längeren Lehrthätigkeit gewonnenen Anschauungen und Erfahrungen niedergelegt werden. Erhält hierdurch die neuerliche Bearbeitung des Themas ihre weitere Begründung, so bietet überdies das individuelle Gepräge der Darstellung einen stets fesselnden Reiz für den Leser. Nach einer kurzen geschichtlichen Einleitung wird zunächst die Anatomie und Physiologie der weiblichen Sexualorgane und des Beckens dargestellt. Die eigentliche Geburtshilfe wird in acht Abschnitten abgehandelt: I. Die Physiologie der Schwangerschaft; II. Die Physiologie der Geburt; III. Die Physiologie des Wochenbettes; IV. Die Pathologie der Schwangerschaft; V. Die Pathologie der Geburt; VI. Die Erkrankungen des Neugeborenen; VII. Die Pathologie des Wochenbettes; VIII. Die geburtshilfliche Operationslehre. Sämmtliche Abschnitte sind mit gleicher Klarheit, Objectivität und mit steter Rücksicht auf die eminent praktische Aufgabe des Faches durchgeführt, die therapeutischen Anzeigen genau auseinandergehalten; zur Förderung der wissenschaftlichen Vertiefung ist jedem Abschnitte am Schluss ein erschöpfendes Literaturverzeichniss angereiht. Sorgfältig gezeichnete Figuren nach bewährten geburtshilflichen Handbüchern und Kartenwerken erleichtern das Selbststudium; mit einem Wort, es liegt ein vortreffliches Lehrbuch der Geburtshilfe vor, das von Studirenden, praktischen Aerzten und von akademischen Lehrern der Anerkennung als tüchtige Förderung des geburtshilflichen Unterrichtes sicher ist.

611. ***Handbuch der kriegschirurgischen Technik.*** *Gekrönte Preisschrift von Dr.* ***Friedr. v. Esmarch,*** *Professor der Chirurgie in Kiel. Vierte Auflage. Durchgehends neu bearbeitet, vermehrt und verbessert von Dr.* ***Fr. v. Esmarch,*** *Professor der Chirurgie in Kiel, und Dr.* ***E. Kowalzig,*** *vorm. I. Assistent d. chirurg. Klinik. I. Band: Verbandslehre. Kiel und Leipzig. Verlag von Lipsius und Tischer, 1893. Kl. 8. X u. 220 S.*

Es liegt hier eine völlig neue Bearbeitung des rühmlichst bekannten Werkes vor, welches im vorliegenden I. Bande den Fortschritten in der Wundbehandlung, in der Verbandlehre, in der Erreichung der Asepsis und in der Anwendung des antiseptischen Verfahrens mit kritischer Auswahl Rechnung trägt. Die für kriegschirurgische Zwecke eingehend behandelten improvisirten Apparate und Nothverbände verdienen namentlich auch von Eisenbahnärzten und Landärzten eingehendste Berücksichtigung, indem diese auch im Frieden derer bedürfen. Des Uebrigen sind die Verfasser dem Motto des Werkes „kurz und bündig" auch in dieser Auflage treu geblieben. Den Schluss dieses Bandes bilden die Capitel: „Antiseptik im Kriege" und das „Verbandpäckchen im Kriege". Entgegen anderen Autoritäten auf dem Gebiete der Chirurgie, ist *v. Esmarch* dafür — nach unserer Ansicht mit besten Gründen —, dass die Verbandpäckchen dem Soldaten mit in's Feld zu geben sind. Oft waren die Militärärzte beim Verbinden der Verwundeten „allein auf die Verbandpäckchen angewiesen". Zwar hat sich durch Versuche herausgestellt, dass nach längerem Lagern auch das Sublimat aus den Verbandstoffen herausfällt; die Stoffe selbst aber wurden aseptisch gefunden, so dass der durch die Verbandpäckchen gewährleistete Nothverband allen Anforderungen der primären aseptischen Occlusion genügt. Sorgfältig gearbeitete Sach- und Namenregister erleichtern das Nachschlagen. *—nn.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

612. ***Zur Kenntniss der Strumametastasen.*** *Von Dr.* ***v. Eiselsberg.*** *Vortrag, gehalten am XII. Congress der deutschen Gesellschaft f. Chir. in Berlin. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 24.)*

Es ist bekannt, dass die Metastasen maligner Tumoren bestimmte Prädilectionsstellen im Organismus haben. So pflegen auch die Strumen mit Vorliebe im Knochensystem zu metastasiren in der Gestalt von Adenomen der Schilddrüse mit colloider Degeneration. Sobald ein Tumor metastasirt, müssen wir ihm einen malignen Charakter zuerkennen. Die Metastasen der Schilddrüsen zeichnen sich dadurch aus, dass sie häufig auf einen einzigen Knochen beschränkt sind, ferner durch ihr langsames Wachsthum. Zuweilen entgeht auch der primäre Schilddrüsentumor der Beobachtung, indem er auffallend klein bleibt, und wird erst durch die mikroskopische Untersuchung die Metastase aufgedeckt.

Ein 38jähriger Mann hatte einen Kropf, der in letzter Zeit rasch gewachsen war; die Venen der Brust waren stark ectastisch. Seit vier Jahren bestand eine Geschwulst am rechten Scheitelbeine. Der Mann verspürte beim Bücken einen starken Blutandrang zum Kopfe. Ein Arzt versuchte die ambulatorische Excision des Tumors. Die starke Blutung veranlasste ihn aber, die Wunde provisorisch zu schliessen und den Kranken auf die Klinik zu bringen, wo die Operation, die sehr mühsam war, zu Ende geführt wurde; der faustgrosse Tumor war fest mit dem Knochen verwachsen und musste mit Hammer und Meissel losgetrennt werden, so dass in demselben eine daumengrosse Lücke blieb. Es erfolgte reactionslose Heilung. Der histologische Befund ergab ein typisches Adenocarcinom von Schilddrüsensubstanz mit Colloidbildung. Der Genesene ist vier volle Jahre seinem Berufe nachgegangen. Im letzten Jahre entwickelten sich in der Peripherie der Narbe vier kleine Tumoren von derselben Beschaffenheit. Da Pat. keine Beschwerden davon und auch nicht von seiner Struma hatte, entschloss er sich zu keinem neuen Eingriffe. Im Anschlusse an diesen Fall hat Verf. im Wiener pathologischen Institute einige Präparate vorgefunden, von welchen demonstrirt werden: Metastasen am Schädeldache, an der Schädelbasis (in vivo als Meningitis behandelt), am Humerus. Alle diese Metastasen sind solitär und waren langsam gewachsen, die Schilddrüsenerkrankung war unscheinbar. Sonst pflegt man Metastasen nicht zu operiren. Diese jedoch geben als solitäre Tumoren Indication zur Exstirpation und bieten unter Umständen den einzigen Anhaltspunkt für die Diagnose einer malignen Schilddrüsenerkrankung. Die Anschauung, dass die malignen Tumoren ebenfalls auf parasitärer Grundlage beruhen, hat für diese Tumoren wenig Wahrscheinlichkeit.

Discussion. *Kraske* (Freiburg i. Br.) hat vor drei Jahren eine Geschwulst genau an derselben Stelle wie die vorbeschriebene gesehen. Die Kranke hatte ausserdem eine Struma. Es wurde zunächst kein ursächlicher Zusammenhang vermuthet. Bei der Exstirpation fand eine enorme Blutung statt. Ein Stück des Knochens musste resecirt werden; die Geschwulst war mit der Dura verwachsen, von der ein Theil mit excidirt wurde. Es trat Heilung ein, die Kranke ist bis heute ohne Recidiv geblieben; auch die Struma hat sich seither nicht vergrössert. *Kraske* hält es für vollkommen gerechtfertigt, bei solitären Struma-



metastasen zu operiren. Carcinomatöse Natur hatte der Tumor nicht. *Kraske* hält den Tumor für eine gutartige Geschwulst. *Riedel* (Jena) kennt zwei Fälle von Strumametastasen, die im Unterkiefer sassen. Der eine bot das Bild eines centralen Unterkiefersarcomes. Der Tumor wurde von *König* im Jahre 1877 entfernt und zeigte mikroskopisch reines Thyreo-Adenomgewebe. Von einer Struma konnte nichts nachgewiesen werden. Die Frau ist zehn Jahre gesund gewesen, doch soll in letzter Zeit der Unterkiefer wieder verdickt gewesen sein. Der zweite Fall wurde von *Riedel* im Jahre 1889 operirt und ist vier Jahre gesund geblieben. Der Tumor war sehr rasch aufgetreten. Eine Struma war vorhanden. *Riedel* fasst die Tumoren als nicht maligne Adenome auf. Verf. gibt zu, dass der histologische Befund der eines Adenoms ist, die klinische Thatsache der Metastase berechtigt aber zu dem Ausdrucke des Adeno-Carcinoms. Es ist das übrigens noch eine strittige Frage. *Gussenbauer* berichtet über einen Fall, der wegen rheumatoider Schmerzen, dann wegen Retroversio uteri verschiedentlich behandelt wurde, bis eine Paraplegie eintrat. Nun wurde eine Kyphoscoliose gefunden und ein muthmasslicher Abscess indicirt; es kam jedoch kein Eiter, der vermeintliche Abscess lag zu tief. Die Pat. wurde mit der Diagnose Ostitis tuberculosa in Behandlung *Gussenbauer's* gebracht. *Gussenbauer* fiel es jedoch auf, dass die Pat. gar keinen tuberculösen Habitus hatte, ferner dass sie eine voluminöse Struma besass. An der Wirbelsäule fand *Gussenbauer* einen Tumor, der rechterseits dem 10. bis 12. Brustwirbel entsprechend sass; er war weich, elastisch, nicht fluctuirend, halb faustgross. Die vorhandene Paraplegie bewies deutlich, dass der Tumor schon eine bedeutende Zerstörung an der Wirbelsäule angerichtet hatte. Die Struma hatte keinen carcinomatösen Charakter, sie war überall beweglich und machte den Eindruck eines Adenoms oder einer parenchymatösen Struma. *Gussenbauer* hielt den Tumor an der Wirbelsäule für eine Metastase der Struma und entschloss sich, zur Beseitigung der Compression des Rückenmarkes, den Tumor zu exstirpiren. Es mussten die seitlichen Partien des 10. und 11. Brustwirbels mit resecirt werden. Die Paraplegie bestand nach wie vor. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als Adenom, das *Gussenbauer* sicher für eine Strumametastase hält. Die Frau lebt noch heute, hat aber an Ort und Stelle eine Anschwellung, ob an anderen Gebilden auch, ist *Gussenbauer* nicht bekannt.

---

# Kleine Mittheilungen.

613. ***Trichinose in Böhmen.*** Das „Oesterr. Sanitätswesen", 1893, 17, berichtet über eine im Bezirke Strakonitz in der Zeit vom 2. Februar bis 20. März aufgetretene Massenerkrankung an Trichinen. Die Gesammtzahl der Erkrankungen betrug 17, die der Todesfälle 2. Die Krankheitserscheinungen waren durchaus übereinstimmend: Anfangs Empfindlichkeit gegen Druck in der Magengegend, Abgeschlagenheit, Mattigkeit mit Frost und Hitze, Appetitlosigkeit, belegte Zunge, erhöhtes Durstgefühl, reichliche Schweisse, Oedeme im Gesichte, besonders an den Augenlidern, ferner an den Extremitäten, spontan und auf Druck auftretende lebhafte Muskelschmerzen, Schlaflosigkeit, Fieber, stark verminderte Diurese, Diarrhoe, in schwereren Fällen ausgesprochene Beugecontracturen in den Ellbogen und Kniegelenken, Trismus, Schlingbeschwerden und aphonische Stimme. Infectionsursache: Genuss trichinösen Schweinefleisches. — Auch im politischen Bezirke Pisek wurden 6 Trichinenerkrankungen festgestellt.





614. ***Gegen Dysenterie*** empfiehlt **Lieberson** (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 9. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 11) folgendes Klystier:

*Solut. acid. boric. 4°/₀ 400·0,*
*Acid. tannic. 3·0,*
*Tinct. opii guttas XV.*

Ein Viertel dieser Mischung wird mit gekochtem Wasser versetzt und auf 36° erwärmt. Ein Klystier genügt pro Tag. Vorher ist der Darm durch Ricinusöl zu entleeren.

615. Gegen ***Schweissfüsse*** empfiehlt **Kaposi:**

*Naphtol. 5·0,*
*Glycerin. 10·0,*
*Alkohol. 100·0.*
S. Aeusserlich.

Mit dieser Mischung werden die Füsse Morgens und Abends gewaschen und alsdann mit folgendem Streupulver eingepudert:

*Naphtol. pulv. 2·0,*
*Amyl. pulv. 180·0.*
S. Aeusserlich.

Man kann auch. Morgens ein Pulver von folgender Zusammensetzung in die Stiefel streuen:

*Talc. pulv. 40·0,*
*Bismuth. subnitr. 45·0,*
*Kal. hypermangan. 3·0,*
*Natr. salicyl. 2·0.*
S. Aeusserlich.

(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 26.)

616. ***Vorsichtige Anwendungsform von Extract. filic. mar. bei Bandwurmcuren.*** *(Les nouveaux remèdes. 1892. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 24.)*

*Duhourcau* empfiehlt, um die Vergiftungen, die sich bei den gebräuchlichen Dosen von Extractum filicis manchmal ereignen, zu vermeiden, dieses Mittel in geringeren Dosen, etwa zu 1·0—1·2 Gramm für den Erwachsenen, zu geben, es aber in 3·0—4·0 Gramm Chloroform zu lösen; dieser Lösung wird noch die gleiche Menge Ricinusöl und ein halber Tropfen Ol. crotonis beigesetzt und das Ganze, in Gelatinekapseln abgetheilt, verabreicht. Der Wurm soll sicher betäubt aus dem Darme herausbefördert werden, ohne dass wegen der geringen Menge Extr. filic. eine Vergiftung zu befürchten sei.

617. ***Locale Anwendung von Antipyrin bei Entzündungen der Schleimhäute der oberen Luftwege.*** *Von Dr.* ***Gleason.*** *(New-York med. record. 1892. 29. October. — Arch. f. Kinderhk. 1893. pag. 409.)*

Verf. empfiehlt die Anwendung 4°/₀iger Lösungen und Pulver von Antipyrin bei Erkrankungen des Rachens und des Kehlkopfs. Die Application ruft zuerst Reizerscheinungen hervor, dann aber erfolgt Analgesie und Erblassen der Schleimhaut und günstige Beeinflussung des Krankheitsprocesses.

618. ***Gegen acute und chronische Bronchitis*** empfiehlt ***Hilbert*** (Excerpta medica. 1893. März) einen Aufguss der Blätter von Ledum palustre L., und zwar 5·0—10·0 auf 200·0. Er wirkt als Expectorans und zugleich die Schweisssecretion erregend, besonders günstig im chronischen Catarrh mit Emphysem auch bei älteren Individuen.





Das „Hunyadi János"-Bitterwasser ist auf künstlichem, chemischem Wege nicht nachzuahmen. „Alle Salze eines Mineralwassers stehen in inniger Verbindung und sind nicht so durcheinandergemischt wie bei einem pharmaceutischen Präparat", sagt Loewig. Daher mag es auch kommen, dass die natürlichen Mineralwässer, wie Sydenham behauptet, sich viel leichter unserem Blute beimengen und dass die Gewebe für dieselben eine grosse Affinität zeigen. Unser Resumé geht nach Alledem dahin, dass die Heilwirkung des „Hunyadi János"-Bitterwassers eine vorzügliche ist, indem durch dasselbe der normale Ernährungszustand bald wieder herbeigeführt wird."

## Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.

*Lübbert, Dr. Anton*, Stabsarzt in Dresden. W. Roth's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete des Militärsanitätswesens. XVII. Jahrgang. Bericht für das Jahr 1891. Supplementband zur Deutschen militärärztlichen Zeitschrift. Berlin 1892. Ernst Sigfried, Mittler & Sohn.

*Šťastný, Dr. Jaroslav*, Director des k. k. allgemeinen Krankenhauses in Prag. Die Beköstigung im Prager k. k. allgemeinem Krankenhause mit Berücksichtigung der Beköstigung in anderen öffentlichen Krankenanstalten des Pachtsystems und der Eigenregie. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.

*Volkmann, Richard v.*, Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge. Herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel. Leipzig, Druck und Verlag von Breitkopf & Härtel, 1893.

Nr. 69. Rydygier L., Wie soll man chloroformiren?

Nr. 70. Ephraim Alfred, Ueber die Bedeutung der statistischen Methode für die Medicin.

Nr. 71. Winckel, Franz v, Ueber die Erfolge der Castration bei der Osteomalacie.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.


Google

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

619. ***Tuberculose der behaarten Haut der Unterkinngegend nebst Larynxtuberculose.*** *Von Prof. H. Köbner.* *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 19.)*

Feste typische Tuberculose der Haut, in dieser selbst genau entstanden und nicht von unterliegendem Gewebe fortgeleitet, nicht zu dem Lupus vulgaris gehörend, ist noch sehr selten und Vielen ganz unbekannt. Sie kommt an Körperöffnungen, besonders an Lippen, Mundwinkeln, Naseneingang, Afterumgebung, Ohr, seltener an den Lefzen weiblicher Genitalien, häufiger an den männlichen Geschlechtstheilen vor. — Ein 43jähriger Schlosser aus der Poliklinik des Dr. *B. Baginsky* war vor zwei Jahren an einem Geschwür erkrankt, welches im Vollbarte der Unterkinngegend sass. Dies ist eine bisher noch nicht bekannte Localisation. Pat. ist anämisch, aphonisch, hat vor 10 Jahren seine Frau an Tuberculose verloren. Vor 7 Jahren erkrankte er am Kehlkopf (Ulcus processus vocalis sinistr.) und an rechtsseitigem Lungenspitzeninfiltrat. Vor zwei Jahren bekam er eine Wunde im Vollbart in der Unterkinngegend, diese vergrösserte sich und er liess sich von da an wöchentlich rasiren und den Schorf über der mit Eiter gefüllten Wunde stets abnehmen. Nach mehr als einem Jahre war die Wunde pfenniggross, als sie Juni 1892 plötzlich grösser wurde. Da ein behandelnder Arzt Syphilis vermuthete, bekam er nach und nach 10 Flaschen Jodkalilösung und 99 Grm. Ung. hydr. ciner. in Schmiercur. — Der Larynxprocess verschlimmerte sich und Verf. fand ein gut thalergrosses rundliches Geschwür mit Borken, flachem Rande, auffallend wenig infiltrirt, nicht speckig, nicht unterminirt, nicht bogenförmig, mit miliaren Auszackungen, Nachbarlymphdrüsen geschwollen. Im Kehlkopf Perichondritis der Epiglottis, Giesskannenknorpel und Ulceration der wahren Stimmbänder. — Diagnose: Tuberculose der Haut und des Kehlkopfes, bestätigt durch massenhafte Tuberkelbacillen bis zum Rete Malpighii verfolgbar. — Durch Chlorzinkstift und Jodoformbestreuung besserte sich die Geschwürsfläche, daneben aber fanden sich ganz kleine, ausgezackte, ausgekerbte Rändchen, die ineinander confluiren und den Eindruck verkäster Stellen machen. Confluiren diese Stellen, so sehen sie serpiginösen Geschwüren ähnlich und dies bringt die Diagnose Syphilis zum Unglücke des Pat. Dieser Fall lenkt wieder die Aufmerksamkeit auf die Hygiene der Barbierstuben. Denn leicht ist es möglich, dass mit dem Rasirmesser Tuberculose überimpft wird, und wenn es unterlassen wird, vor allem Anderen mikroskopisch zu untersuchen, wird der Betreffende leicht das Opfer einer fälschlich auf

Syphilis gestellten Diagnose. Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass Verf. 1885 und 1886 bereits veröffentlicht, dass das Rasiren in öffentlichen Barbierstuben nur durch Rasirmesser geschehen möge, welche jedesmal in siedend heissem Wasser ausgebrüht werden, und dass mit verdächtigen Ausschlagsherden im Gesicht oder Halse Behaftete gar nicht in öffentlichen Barbierstuben rasirt werden dürften.

*Hausmann*, Meran.

620. ***Zur Frage der Identität von Masern und Rötheln.*** *Von Dr.* ***Flatten,*** *Kreisphysikus in Wilhelmshaven. (Zeitschr. f. Medicinalbeamte. 1893. 1. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 45.)*

Im Jahre 1891 herrschten in Wilhelmshaven und den umliegenden Gemeinden fast allgemein Masernepidemien. Nur eine Gemeinde hatte statt der Masern- eine Röthelnepidemie, aber auch hier fanden sich drei Masernkranke. Man könnte in diesem Falle nach Verf.'s Ansicht auch neben einer Masernepidemie eine Röthelnepidemie annehmen, könnte aber auch die Röteln für milde Masern halten, da ja in dem Röthelndorf auch einige Masernfälle vorkamen. Einwandsfreier ist folgende Beobachtung: Etwa ein Jahr später constatirte Verf. in einer Gemeinde des erwähnten Maserndistrictes eine Röthelnepidemie, nachdem im Februar 1891 ebendaselbst intensive Masern epidemisch geherrscht hatten. Von 40 Kindern einer Schulclasse waren 18 an Rötheln erkrankt, nachdem sie ein Jahr zuvor die Masern überstanden hatten. Diese 18 Kinder waren also durch die Masern nicht röthelnimmun geworden. Auch die Mehrzahl der übrigen, im Jahre zuvor nicht masernkrank gewesenen Kinder war an Rötheln erkrankt. Wäre die Beobachtung die umgekehrte, hätten die Kinder nach den Rötheln die Masern bekommen, wie derartige Fälle *Strümpell* gegen die Identität von Masern und Rötheln anführt, so spräche dies allerdings ebenfalls für die Verschiedenheit beider Krankheiten, es wäre dies aber kein vollkommener Beweis. Es ist in solchen Fällen immerhin mit der Möglichkeit zu rechnen, dass die Rötheln, obschon ätiologisch identisch mit den Masern, dennoch nicht ausreichen, um masernimmun zu werden, weil sie eine mildere, weniger virulente Form derselben Krankheit darstellen. Dass aber Masern nicht einmal für 13 Monate röthelnimmun machen, spricht nach Verf.'s Ansicht noch deutlicher gegen die Identität beider Krankheiten.

621. ***Ein Fall von Meningitis siderans (acutissima).*** *Von Dr.* ***Géza Sternberg,*** *N.-Károly. (Gyógyászat. 1893. 6. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 26.)*

Vor einigen Monaten beobachtete Verf. einen Fall von rapid verlaufender Meningitis, der vermöge der eigenthümlichen Umstände des Auftretens eine polizeiliche Section veranlasste. Ein 17jähriges Mädchen ward am 14. April von einem Hunde gebissen, worauf es erschreckt nach Hause lief, erbrach und sich sogleich zu Bette begab. Am 16. wandte man sich an Verf., der folgenden Status vorfand: Als Spuren des Bisses stiess er an der Aussenfläche des unteren Drittels des Oberarmes auf eine 1 Cm. lange, 3 Mm. breite pergamentartige, eingetrocknete Stelle; 5 Cm. hiervon nach oben und einwärts ein 1 Cm. langer linearer Epithel-



verlust. Pat. liegt somnolent, doch nicht ganz bewusstlos; Lippe und Zunge fuliginös. Pat. klagt über Kopfschmerz; Puls sehr frequent, Temperatur 40·2°. Geringer Trismus. Verdacht auf Lyssa des Hundes lag nicht vor; Pat. schluckte Wasser leicht und gemahnte das Bild überhaupt nicht an Lyssa. Nach Verf.'s Ansicht dürfte irgend eine zufällig mit dem Bisse coincidirende infectiöse Erkrankung vorliegen. Auch eine Meningitis wurde in Combination gezogen. Am Nachmittag verschied Pat. unter eclamptischen Krämpfen, 48 Stunden nach dem Bisse. Die Tags darauf vorgenommene Section deckte folgenden Befund auf: In der ganzen Ausdehnung der grossen Hemisphären, zwischen der Dura und Pia mater eine 2 Mm. dicke, gelblich-weisse, eiterige Ablagerung; die abgeschabte Eitermenge betrug 20 Ccm.; die Pia mater eiterig imbibirt, desgleichen die Hirnbasis und die basalen Hirnhäute. Diagnose: Meningitis diffusa purulenta. Von einem Zusammenhange zwischen dem Hundebiss und der aufgetretenen Erkrankung konnte demnach keine Rede sein.

622. ***Ueber das Vorkommen transitorischer Glycosurie nach apoplectischem Insult.*** *Von Dr.* ***E. Schütz.*** *(Prager med. Wochenschr. 1892. 50. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 22.)*

In einem Vortrage hatte *v. Jaksch* (Prager Wochenschr. 1892. 31—33) das Auftreten von transitorischer Glycosurie bei Gehirnerkrankungen als recht selten bezeichnet und die Mehrzahl der diesbezüglichen Beobachtungen im Hinblick auf die hierbei angewendeten nicht ganz einwurfsfreien Methoden als nicht beweiskräftig bezeichnet, umsomehr, als er noch niemals bei frischen Hemiplegien Glycosurie sah. Verf. berichtet über einen Fall, wo er bei einem 52 Jahre alten Manne bei 2 durch ein Intervall von einem Jahre getrennten Insulten jedesmal mehrtägige, auch quantitativ bestimmte Glycosurie beobachtete. Er meint unter kritischer Sichtung der einschlägigen Literatur, dass Glycosurie nur bei Erkrankungen in der Nähe des 4. Ventrikels auftreten könne. *Loeb* macht ebenfalls (Prager med. Wochenschr. 1892. 50) auf die von *Frerichs* mitgetheilten 6 Fälle von Apoplexie aufmerksam, denen er kurz 2 eigene hinzufügt, in denen ebenfalls der Zuckergehalt quantitativ bestimmt wurde.

623. ***Ein Fall von Chloroformismus.*** *Von* ***Kornfeld*** *und* ***Bikeles.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 4. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 26.)*

Ein 18jähriges Mädchen klagt über heftige Kopfschmerzen, ist matt und zittert am ganzen Körper, besonders an den Händen. Pupillen beiderseits eng, reagiren nicht auf Licht. Sehnenreflexe gesteigert, sonst keinerlei Abnormes. Stimmung depressiv, grosse Abgespanntheit. Pat. äussert wiederholt den Wunsch, Chloroform zu bekommen. Nach erfolgter Aufnahme war Pat. binnen 4 Tagen vollständig wohl geworden und die Anamnese ergab nun, dass dieselbe seit zwei Jahren einen Missbrauch mit Chloroform trieb, indem sie 15—20 Grm. desselben als Schlafmittel gebrauchte. Im ersten Jahre habe sie dasselbe 2—3mal wöchentlich, dann täglich eingeathmet. In der ersten Zeit erfolgte stets guter Schlaf ohne Beschwerden; später erwachte sie Nachts öfters mit Aufschrecken und musste sich durch die acute Chloroformirung wieder Schlaf





verschaffen. Morgens war sie dann matt und abgeschlagen und hatte Neigung zum Erbrechen. Bei Mehrgebrauch von Chloroform stellten sich dann Zustände, wie der bei der Aufnahme beobachtete, ein.

624. ***Ueber eine besondere, durch Aspiration von Caverneninhalt hervorgerufene Form acuter Bronchopneumonie bei Lungentuberculose.*** *Von Prof. Dr.* ***Bäumler****, Freiburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 1. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 34.)*

Während bei der gewöhnlichen Form der „galoppirenden Schwindsucht" entzündliche Veränderungen in der Lunge von grosser Ausdehnung das Wesen des Processes ausmachen, ist es bei einer selteneren und viel acuteren Form, die Verf. schildert, die ausgesprochen lobuläre, ja vesiculäre und bis zum Ende lobulär bleibende Localisation, die das Charakteristische derselben darstellt. Das ganz acute Einsetzen des Processes und die lobuläre und vesiculäre Localisation desselben deuten schon darauf hin, dass die entzündungserregende Ursache auf dem Wege der Luftröhrenverzweigungen zu den Alveolen gelangte, dass es sich dabei um acute Inhalations- oder Aspirationsentzündungen handelt. Die Autopsie aber deckt dann auch die Quelle auf, aus der die Entzündungserreger stammten, welche aspirirt wurden. In allen Fällen, die Verf. gesehen, wurden auch bei Kranken, bei denen die Lungentuberculose ganz latent war, in einer oder in beiden Lungenspitzen alte kleine oder selbst grössere Höhlen, umgeben von schwieligem Gewebe, gefunden, aus denen offenbar eiteriger oder blutig-eiteriger Inhalt zur Aspiration gelangte. Stärkere körperliche Anstrengungen, die mit tiefen Inspirationen verbunden waren, waren in mehreren von Verf. beobachteten Fällen dem Eintritt der acuten Lungenerscheinungen unmittelbar vorausgegangen. Der Verlauf derartiger Fälle von acuter Bronchopneumonie bei Phthisikern ist ein ziemlich typischer: Meist ganz plötzlicher Beginn mit stärkerem Blutspucken oder einem wahren Blutsturz, rasch auftretendes hohes Fieber mit ziemlich hoher Puls- und Respirationsfrequenz, über den Lungen zunächst nur catarrhalische, anfänglich spärliche Erscheinungen. nach einigen Tagen da und dort crepitirende Rasselgeräusche. Unter zunehmender Athemnoth, hohem Fieber, allmälig sich entwickelnden Gehirnerscheinungen kann schon 8—10 Tage nach dem ersten Auftreten des Blutspuckens der Tod eintreten bei einem bis dahin scheinbar gesunden und robust aussehenden jungen Menschen, oder bei einem Phthisiker, bei welchem die Lungentuberculose mit Zurücklassung geringfügiger Veränderungen zum Stillstand gekommen war. Vielleicht weil derartiger Stillstand häufiger bei Kranken, die den wohlhabenden Classen angehören, vorkommt, sieht man Fälle dieser Form von Bronchopneumonie auch ganz besonders unter den höheren Ständen und nur selten bei Hospitalkranken.

Das Blutspucken, welches ein so hervorragendes Symptom bei dieser Form acuter Lungenentzündung Tuberculöser darstellt und welches häufig den ganzen Krankheitsverlauf begleitet, hat eine doppelte Bedeutung. Einmal ist es Anfangserscheinung und hervorgerufen durch dieselbe körperliche Anstrengung, welche



durch sehr tiefe Inspirationen Anlass zur Aspiration von Cavernen-inhalt gab. Weiterhin aber ist das während des Krankheitsverlaufes fortdauernde Blutspucken eine Folge der entzündlichen Hyperämie in der Schleimhaut der Bronchiolen und in dem befallenen Lungengewebe. Solches Blut ist gewöhnlich mit Bronchialschleim innig gemischt oder in Streifenform dem eiterig-schleimigen Auswurf beigemengt. Tuberkelbacillen sind in letzterem gewöhnlich in spärlicher Menge zu finden und stammen dann aus der Wand der alten Höhle. Für die Diagnose ist besonders wichtig das plötzliche Auftreten des starken Blutspuckens nach oder auch ohne vorausgegangener körperlicher Anstrengung, fast unmittelbar gefolgt von hohem Fieber, das rasch zu bedeutender Höhe sich steigert, und von diffusen catarrhalischen Erscheinungen in den feinsten Bronchien mit schnell ansteigender Athemnoth und Cyanose. Von grösster Wichtigkeit in Fällen von bis dahin latent gebliebener Tuberculose ist selbstverständlich der Nachweis von, wenn auch nur vereinzelten, Tuberkelbacillen in dem blutigen oder blutig-schleimigen Auswurf. In einem gewissen Stadium kann das Krankheitsbild Aehnlichkeit mit einem Typhus haben; doch entwickeln sich bei diesem die catarrhalischen Erscheinungen weit langsamer, aber der rasche Verlauf und der immer wieder blutig werdende Auswurf heben bald jeden Zweifel.

Von der acuten Miliartuberculose unterscheidet sich die Erkrankung ebenfalls durch den schnellen Verlauf, das höhere Fieber und die rascher überhandnehmenden physikalischen Erscheinungen auf der Brust. Von den nicht mit Tuberculose im Zusammenhang stehenden Lobärpneumonien unterscheidet sie sich vor Allem durch das initiale, oft profuse Blutspucken. Die Prognose muss als absolut ungünstig bezeichnet werden, sobald die Annahme einer über beide Lungen verbreiteten lobulären Aspirationspneumonie wahrscheinlich wird. Je aussichtsloser die Therapie derartiger acuter Zwischenfälle ist, um so wichtiger ist die Prophylaxe. Da wir Höhlen in chronisch afficirten und zum Theil geschrumpften Lungenspitzen nur selten mit Bestimmtheit nachweisen können, ist es geboten, jeden Kranken oder „geheilten“ Phthisiker mit auch noch so geringfügigen Spitzenerscheinungen, aber mit fortbestehendem, namentlich Tuberkelbacillen enthaltendem Auswurf ernstlich vor den Gelegenheitsursachen, welche Anlass zu Lungenblutungen und damit zur Aspirationspneumonie geben können, also vor Tanzen, Bergsteigen, Turnen und allen Verrichtungen, welche mit heftigen Athembewegungen einhergehen, zu warnen. In allen Fällen von Blutspucken bei manifester oder zum Stillstand gekommener Lungentuberculose ist von Anfang an die grösste Vorsicht und vor Allem absolute Ruhe dringendes Erforderniss, wenngleich es nicht immer gelingt, den ganz unerwartet rasch durch Verblutung eintretenden tödtlichen Ausgang aufzuhalten.

625. ***Ueber Vibrationstherapie.*** *(Therap. Monatsh. 1893, pag. 291.)*

Den neuesten Beitrag über Vibrationstherapie bringt *Gilles de la Tourette* aus der *Charcot*'schen Abtheilung. Auf derselben hatte schon *Vigouroux* 1878 Versuche mit mechanischen Schwin-



gungen angestellt. Mittelst eines grossen stimmgabelartigen Apparates gelang es ihm bei Hysterischen, Hemianästhesie und Contracturen zum Schwinden zu bringen. Später hat *Boudet* diese Studien fortgesetzt. — Seit lange hat nun *Charcot* wahrgenommen, dass an Paralysis agitans erkrankte Personen in der Eisenbahn oder im Wagen eine Erleichterung empfanden, die noch nach der Reise andauerte. Er kam daher auf den Gedanken, einen Stuhl zu construiren, der in schnelle Bewegungen und Schwingungen versetzt werden kann, analog denjenigen in der Eisenbahn. Mit demselben wurden alsdann Versuche an 8 Patienten gemacht. Eine Besserung machte sich im Allgemeinen nach der 5. oder 6. Sitzung bemerkbar. Besonders gingen die schmerzhaften Sensationen, die so oft die Paralysis agitans begleiten, zurück. Die Patienten fühlten sich weniger steif, gingen und schliefen besser. Das Zittern selbst besserte sich nur in einem Falle in erheblicher Weise. — *Gilles de la Tourette* hat nun auch einen Apparat, eine Art von elektrischem Helm, construirt, um das Gehirn in Schwingungen zu versetzen; derselbe macht ungefähr 6000 Vibrationen in der Minute. Der Gesunde verträgt die Procedur sehr gut. Nach 7—8 Minuten überkommt ihn ein Gefühl der Betäubung, das den ganzen Körper ergreift und zum Schlafe führt. Eine Sitzung um 6 Uhr Abends von 10 Minuten Dauer bringt ruhigen Schlaf während der ganzen Nacht. 8—10 Fälle heilen jede nervöse Schlaflosigkeit. In 3 Fällen hat sich dieses Verfahren sehr wirksam bei Migräne gezeigt, auch 2 Neurastheniker wurden geheilt. Ebenso wurde ein Patient mit melancholischer Depression gebessert. Aehnliche Versuche sind von *Morselli* bei Geisteskranken angestellt worden. Er fand u. A., dass die vibratorische Therapie nur bei Psychosen mit localen Symptomen, besonders bei Neuralgien, gut zu sein scheint. Zuweilen wurde bei Melancholie einige Besserung verspürt. Die Wirkung war zumeist eine vorübergehende und ist wohl nur durch Suggestion zu erklären.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

626. ***Die therapeutische Verwerthung der Mattoni-schen Moorextracte bei Nervenkrankheiten.*** *Von Dr. **Max Weiss**, Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893. 16.)*

Nach Verf. sind die Franzensbader Moorbäder, beziehungsweise die Moorextracte, nicht nur bei entzündlichen Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates, bei Chlorose und Anämie, sondern auch bei den sogenannten Neurosen und den chronischen Affectionen des Rückenmarkes und der peripheren Nerven angezeigt. In der Nervenpraxis sind ausser den Voll- und Sitzbädern häufig auch Localbäder indicirt. Als durchschnittliche Dosis für ein Vollbad werden 2 Kgrm. Moorlauge, die von Heinrich Mattoni in Flaschen versendet wird, oder 1 Kgrm. Moorsalz verwendet; für ein Sitzbad genügt die halbe Menge und für Localbäder (Hand-, Fussbäder, Bäder für eine Extremität) der dritte, auch der vierte Theil der durchschnittlichen ganzen Dosis. Selbstverständlich sind bezüglich



der Dosirung der Moorextracte individuelle Verhältnisse, die Natur des Leidens, der Sitz und die Ausbreitung desselben massgebend. Es ist rationell, anfangs mit weniger, als die durchschnittliche Dosis für ein Bad beträgt, zu beginnen und im Verlaufe der Badecur die Dosis allmälig zu erhöhen und in hartnäckigen Fällen das durchschnittliche Quantum um die Hälfte, ja um das Doppelte zu übersteigen. Im Allgemeinen werden die Bäder jeden zweiten Tag verabreicht und im Anfange der Cur begnüge man sich in allen Fällen mit 2—3 Bädern in der Woche. Localbäder können täglich gebraucht werden. Am besten ist es, die Bäder in den Vormittagsstunden anzuwenden, doch können Patienten, die tagsüber beschäftigt sind, erst vor dem Schlafengehen von denselben Gebrauch machen. Die Temperatur der Moorbäder schwanke zwischen 24—32° R.; für plethorische Individuen genügt eine Temperatur von 24—27°, bei Anämie und Chlorose ist eine höhere Temperatur indicirt; Localbäder sind mit einer Temperatur von 28—33° R. zu verabreichen. Bezüglich der zu wählenden Zusätze ist hervorzuheben: Mattoni's Moorsalz eignet sich am besten für Vollbäder, die Moorlauge kann sowohl für Voll- als auch für Sitzbäder verwendet werden. In den meisten Fällen reicht man mit dem Gebrauch von 15—20 Bädern aus und nur in hartnäckigen Fällen sind 20—30 Bäder erforderlich. Schliesslich kann man auch beide Moorextracte zu gleicher Zeit als Badezusätze verwenden, wobei die Moorlauge gewöhnlich unter der Durchschnittsmenge dem combinirten Bade zugesetzt und die Dosis des Moorsalzes um das Doppelte erhöht wird. Uebrigens soll der Arzt die Dosirung in jedem Falle den individuellen Verhältnissen strenge anpassen. Moorextractbäder können nur in Holzwannen verabreicht werden. Im jugendlichen Alter sind es hauptsächlich die auf Chlorose und Hypoplasie des Gefässapparates zurückzuführenden nervösen Affectionen, wie Chorea und hysterische Zustände, für welche Vollbäder mit Mattoni's Moorextracten indicirt sind. Anfangs betrage in derartigen Fällen die Badedauer 15 Minuten, später, etwa nach dem vierten Bade, kann dieselbe auf 25—35 Minuten ausgedehnt werden; die Badetemperatur übersteige nicht 28° R.; bei Hysterie sind übrigens die combinirten Moorextractbäder am Platze und bilden dieselben ein verlässliches Unterstützungsmittel der üblichen therapeutischen Massnahmen. Die Temperatur der Localbäder betrage 30—33° R. und kann die Dauer derselben auf etwa eine halbe Stunde bestimmt werden; es kann in solchen Fällen die Badecur mit den sonst üblichen elektrischen und mechanischen Proceduren abwechseln, auch darf während des localen Moorbades eine entsprechende Massage der afficirten Partie der betreffenden Extremität vorgenommen werden. Von eminentem Erfolge erwies sich der Gebrauch combinirter Moorbäder auch bei der Neuritis und Neuralgia ischiadica, bei Neuralgie des Nervus radialis. Auch bei sexueller Neurasthenie bilden systematisch gebrauchte Sitzbäder mit Moorextracten einen wesentlichen unterstützenden therapeutischen Behelf und ist für solche Fälle eine Badetemperatur von 22—25° R. zu wählen. Der Umstand, dass das künstliche Moorbad eine mächtig resorbirende Kraft besitzt und als mächtiger Hautreiz wirkt, dass dasselbe

zu Hause zu jeder Jahreszeit in Anwendung gezogen werden kann. macht es begreiflich, dass der Gebrauch der Moorextractbäder allerorten immer häufiger wird. —r.

627. ***Zur Behandlung der Cholera.*** *Von Dr. **N. Fedschenko.** (Medicyna. 1893. 5 [russisch]. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 9. Beilage.)*

Verf. gibt Creosot in Verbindung mit Ricinusöl innerlich und per rectum Creosotwasser. Das erste Mittel verschreibt er folgendermassen:

Rp. *Creosoti fagin.* *4·0,*
*Ol. Ricini* *100·0.*
2 Esslöffel voll auf ein Mal zu nehmen.

Nachdem Stuhlgang erfolgt ist, wird ein hohes Clysma von 12 bis 15 Glas Wasser mit Creosot (4·0) verabfolgt. Verf. constatirte in einem Falle, wo nur Creosotclysmen angewendet wurden, dass nach zehn Minuten Erbrechen erfolgte; in dem Erbrochenen fand sich Creosot, also kann der Clysmainhalt wohl in den Dünndarm gelangen. Zur Nachbehandlung verschreibt Verf. folgende Magentropfen:

Rp. *Tinct. Cascarillae* *20·0,*
*Tinct. Valerian. aeth.* *10·0,*
*Tinct. Menth. pip.* *9·0,*
*Tinct. Laudani simpl.* *6·0,*
*Camphor. tritae* *2·0,*
*Creosoti fag.* *1·5.*
S. 2stündlich 30—40 Tropfen.

628. ***Zur Behandlung der Angina phlegmonosa.*** *Von Dr. **Avellis,** Frankfurt a. M. (Med. Neuigkeiten. 1839.)*

Bei der phlegmonösen Angina, welche auf Infection beruht, handelt es sich um starke Schwellung, Röthung und Eiterbildung im Rachen; am häufigsten befallen sind weicher Gaumen und die Umgebung der Mandeln, letztere selbst viel seltener (weshalb der sonst übliche Name Tonsillitis phlegmonosa zu verwerfen ist). Die Erkrankung kann primär auftreten oder secundär nach Diphtherie, Angina lacunaris, Angina scarlatinosa. Verf. warnt davor, dass man einen Kranken, welcher z. B. eine Angina mit leichtem Belag durchgemacht hat und nach dem Verschwinden desselben noch über heftige Schluckschmerzen klagt, ohne Beobachtung lasse in der Annahme, das seien nur Nachwehen der ersteren Krankheit. Bei starkem Schluckschmerz müsse man immer an die Möglichkeit einer phlegmonösen Entzündung denken. Bei der Besprechung der Prophylaxe macht Verf. darauf aufmerksam, dass zu heisses Trinken und Essen, besonders bei entzündetem Rachen, leicht eine Abscedirung herbeiführen könne. Gurgelungen haben schon rein mechanisch viel mehr Werth, als die vielfach ungeschickt gebrauchten Inhalationen. Als Specificum rühmt *Mackenzie* Pastillen aus Resina Guajaci (0·2; alle 2 Stunden), die sofortige Anwendung des Mittels bei Beginn des Leidens soll mit absoluter Sicherheit das Wachsen der Entzündung coupiren. Hat sich aber einmal Eiter gebildet, so soll nach Verf. nur Wärme angewendet werden. Man verordnet warmes Wasser, eventuell mit irgend einem Zusatz (Salbei, Benzoe,



Coniin u. s. w.) alle zehn Minuten als Gurgelwasser, warme Wasserdämpfe zur Inhalation, warme feuchte Einpackungen des Halses; nebenbei Bettruhe, flüssige Diät, Abführmittel. Bei diesem Verhalten kommt man rasch zur Incision. Am ehesten gelingt die Constatirung des Eiterherdes noch durch die Palpation mit dem Finger, besonders in der von *Störk* empfohlenen Weise: Man legt die eine Hand aussen unter den Unterkieferwinkel, drückt die Haut nach innen, gleitet mit der Spitze des einwärts drückenden Fingers von oben nach abwärts an der geschwellten Partie vorüber, während der in den Mund des Patienten eingeführte Zeigefinger der anderen Hand am weichem Gaumen u. s. w. anliegt. Da, wo die gegeneinander drückenden Finger auf eine weiche Stelle stossen, ist meist der Sitz des Eiters. Starkes Oedem der Theile kann den Untersucher aber leicht täuschen. Manchmal finden sich auch lauter kleine Miniaturabscesse, die erst später confluiren. Drängt der Kranke sehr zur Operation, ist deutliche Verwölbung da oder ist eine weiche Stelle zu fühlen oder endlich ist die Schluckbehinderung sehr gross, so wird man sich zur Incision entschliessen, selbst auf das Risico hin, keinen Eiter zu finden. Versäumt man den rechten Zeitpunkt zur Incision, so bricht im günstigsten Falle der Eiter von selbst durch. Es sind aber Fälle bekannt, wo der Eiterdurchbruch erfolgte, während der Kranke in tiefem Schlafe lag und der Tod an Erstickung durch Eitereinfluss in die Trachea eintrat! Auch Eitersenkungen (bis in den Thorax) wurden beobachtet, endlich können grössere Gefässe (nicht die Carotis, welche zu weit abliegt) arrodirt werden und tödtliche Blutungen eintreten. In der Mehrzahl der Fälle trifft man den Eiter im vorderen Gaumenbogen, 1—1½ Cm. von der Uvulabasis entfernt. Hier ist die Prädilectionsstelle. Manchmal sitzt der Eiter etwas weiter nach dem Unterkieferast zu im vorderen Gaumenbogen. Nicht so selten endlich muss man ihn im hinteren Gaumenbogen suchen, am seltensten in der Mandel. Um die genaue Stelle des Eitersitzes zu finden, empfehlen sich folgende drei Regeln: 1. Man sieht genau zu, wo eine Vorwölbung besteht. Dabei erinnert Verf., dass z. B. die Mandel sehr weit vorgewölbt sein kann, wenn der Eiter im hinteren Gaumenbogen sitzt. Man könnte das passive Vorwölbung nennen. Es ist also nöthig, dass man sich vergewissert, ob die gewölbte Partie nicht blos durch die dahinterliegende Schwellung vorgedrängt ist. 2. Man nimmt eine geknöpfte Sonde und berührt mit leichtem Druck den vorderen Gaumenbogen neben der Uvula, den hinteren Gaumenbogen, Mandel u. s. w. Dort, wo der Patient angibt, die grösste Druckempfindlichkeit zu haben, da darf man erwarten, den Eiterherd zu treffen. 3. Man palpirt mit dem Finger, um eine weiche Stelle zu finden. Wie man das zu machen hat, ist oben schon gesagt. Der Einstich, gewöhnlich in den vorderen Gaumenbogen, wird in gerader Richtung von vorn nach hinten geführt; die Tiefe desselben hängt hauptsächlich vom Grade der Schwellung ab, immerhin darf man getrost 1½ Cm. einstechen. Die Erweiterung des Schnittes soll zur Vermeidung einer Gefässverletzung mehr nach innen als weit nach aussen geschehen. Hat man am hinteren Gaumenbogen zu operiren, so muss man mit dem Rücken des Messerchens die davor gelagerte Mandel bei Seite



drängen; an dieser Stelle darf man natürlich nicht so tief in der Richtung nach hinten stechen wie am vorderen Gaumenbogen. Die allgemein verbreitete Furcht vor einer Gefässverletzung ist praktisch wenig begründet. Die Carotis interna liegt am ungeschwollenen Halse $1^1/_2$ Cm. von der Wurzel, resp. Kapsel der Mandel entfernt; bei einer Angina phlegmonosa beträgt die Entfernung also meist mehr als das Doppelte. Von der typischen Einstichstelle am vorderen Gaumenbogen ($1^1/_2$ Cm. von der Uvula entfernt) liegt die Carotis interna wenigstens 5 Cm. entfernt. Da die Einstichöffnung oft rasch wieder verklebt und so Eiterretention eintritt, so halte man in den nächsten Tagen nach der Operation durch Eingehen mit einer stumpfen Sonde den Wundcanal offen. Ausserdem lässt man gurgeln.

629. ***Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilbercuren bei Tabes dorsalis.*** *Von Dr.* ***M. Dinkler,*** *Heidelberg. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof.* ***Erb.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 15 ff. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 24.)*

Verf. berichtet über die Erfolge von Inunctionscuren bei 71 Tabeskranken, bei denen anamnestisch eine voraufgegangene syphilitische Infection festgestellt war. In 58 Fällen erfolgte Besserung, in 11 Fällen liess sich keine wesentliche Aenderung des Leidens erkennen. In 2 Fällen trat ein ungünstiger Ausgang insofern ein, als 2, resp. 7 Monate nach der Schmiercur der Tod erfolgte, einmal durch Hirnhämorrhagie in Folge von Arteriitis syphilitica, das andere Mal unter den Erscheinungen eines Hirntumors (Gumma?); der einzige Schluss, der hieraus gezogen werden kann, ist nach Verf.'s Meinung der, dass die antisyphilitische Behandlung in diesen beiden Fällen nicht energisch genug war, resp. dass das Quecksilber seine Wirkung versagte. Verf. hält sich jedenfalls zu der Angabe berechtigt, dass die Quecksilberbehandlung bei Tabes keine schädlichen Folgen nach sich zieht. In den gebesserten Fällen war zunächst regelmässig eine Zunahme des Körpergewichts zu constatiren. Von den Sensibilitätsstörungen wurden die Krisen am wenigsten günstig beeinflusst. Am erheblichsten gebessert wurden meist die eigentlichen motorischen Störungen. Von den Störungen des Sehorgans erwiesen sich namentlich die Lähmungen der äusseren, weniger die der inneren Augenmuskeln der Einwirkung des Quecksilbers zugänglich; auch die tabische Sehnervenatrophie wurde mehrfach günstig beeinflusst. Die Beweiskraft seines Materiales schlägt Verf. umso höher an, als in einer ganzen Reihe von Fällen, in denen unzweideutige Erfolge erzielt wurden, nur Quecksilber zur Anwendung gelangte. Fälle, in denen die Besserung nur eine vorübergehende ist, lassen, wie Recidive von Syphilis, die Fortsetzung, resp. Wiederholung der Quecksilbercur angezeigt erscheinen.

630. ***Ueber eine neue Anwendungs-Methode des Morphins und anderer medicamentöser Substanzen in concentrirter Lösung per rectum.*** *Von Dr.* ***Condamin.*** *(Semaine méd. 1893. 34. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 47.)*

Verf. schlägt vor, an Stelle der subcutanen Morphium-Einspritzungen die Application dieses Medicamentes intrarectal auszuüben, und zwar mit Hilfe einer Canüle, welche an die *Pravaz*-Spritze



angeschraubt wird. Durch zahlreiche klinische Versuche hat er constatiren können, dass das Morphium, welches in dieser Weise in das Rectum eingespritzt wird in Dosen von 2 Cgrm. auf 1—2 Grm. Flüssigkeit, fast in derselben Weise und ebenso schnell resorbirt wird, wie als subcutane Einspritzung. Fügt man dieser Lösung noch einige Milligramm Atropin hinzu, so beobachten in der Regel die Pat. Trockenheit im Schlund zum Zeichen, dass gleichzeitig Atropinwirkung erzielt wird. Dieser Versuch beweist gleichzeitig, dass die Folgen der fraglichen Resorption nicht auf Suggestion der Patienten beruhen. Die Wirkung des Atropins wird gewöhnlich nach 4 Minuten beobachtet, die des Morphins gewöhnlich erst nach 8—10. Die Wirkung ist nicht ganz so intensiv wie die nach subcutaner Einspritzung, dagegen hält der Effect länger an. Was das Morphin anbelangt, so constatirte Verf., dass dieselben Effecte wie durch subcutane Injection durch die Application doppelt hoher Dosen in das Rectum erzielt werden. Was die Technik der Versuche anlangt, so bedient Verf. sich einer besonders construirten Canüle; dieselbe ist gebogen, damit der Pat. die Einführung derselben bei Rückenlage ohne Beschwerden erträgt; dieselbe endet in eine Olive, um die Schleimhaut möglichst wenig zu reizen. Das Lumen der Canüle ist möglichst eng, um zu verhindern, dass die Dosirung des Medicaments ungenau werde. So kann man die Menge der medicamentösen Flüssigkeit auf das Genaueste bestimmen. Die Vortheile der Methode bestehen darin, dass Abscesse, welche häufig subcutane Einspritzungen mit sich bringen, vermieden werden; dass die bei der nach der *Pravaz*-schen Methode geübten Injection unvermeidlichen Schmerzen fortfallen; in Fällen, in welchen es sich um ängstliche Patienten handelt, ist die Methode anwendbar, während die Patienten gegen den bei der nach *Pravaz*'scher Methode auszuübenden Stich eine relativ grosse Aversion haben. Die vom Verf. angegebene Methode eignet sich für alle Medicamente, welche in concentrirter Lösung angewandt werden, so für Antipyrin, Digitalin, *Fowler*'sche Lösung, sowie für Chinin-Application.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

631. ***Lister's antiseptische Behandlung der Wunden.*** *(Lancet. 1893. Januar. — Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26.)*

Verf. zeigt sich als strenger Anhänger der von ihm eingeführten antiseptischen Wundbehandlung, ist kein Freund vom Sterilisiren der Instrumente, hält sein aseptisches Material zur Operation für bedeutungslos. Er hält noch immer die Carbolsäure (deren pilztödtende Wirkung in 1%iger Lösung 10mal grösser sei als die 0·1%iger Sublimatlösung) für das beste Antisepticum. Auch Jodoform, insbesondere nach vorhergegangener Application einer stärkeren Chlorzinklösung, sowie das Doppelcyanid von Quecksilber und Zink, welches reizlos und im Blutserum wenig löslich ist, verwendet er mit Erfolg in 3%iger Lösung zur Anfeuchtung der Verbandstoffe. In der Privatpraxis wird auf in 1%iger Carbollösung getränkte Verbandwatte das pulverisirte Doppelsalz mittelst Bestreuen aufgetragen oder daraus eine Art Brei geknetet. Man



sieht, die Kliniker Deutschlands und Oesterreichs, welche ausnahmslos die aseptische Wundbehandlung durchzuführen suchen, stehen auf einem vom Altmeister der Antisepsis ziemlich differenten Standpunkte. *Rochelt.*

632. ***Ein Beitrag zur Kenntniss der Eileitersäcke.*** *Von Dr. **L. Prochownik**, Hamburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 21.)*

Verf. berichtet über 101 Fälle von Salpingectomien wegen infectiös entzündlicher Eileitergeschwülste. Die Erkrankung war in der Mehrzahl der Fälle durch gonorrhoische Ansteckung, bei einer ziemlich bedeutenden Zahl durch puerperale Infection, bei dem Reste durch Mischinfection entstanden (Gonococcus Neisseri und Staphylococcus aureus). Die Pyosalpinx gonorrhoica hat einen hornförmigen, dickwandigen Eitersack, die Schleimhaut erhalten. Die Verwachsungen sind in der Regel leicht trennbar, der Sack leicht ausschälbar. Die Erkrankung grösstentheils einseitig. Bei der puerperalen Infection ist die Schleimhaut ulcerirt, zahlreiche feste Verwachsungen mit der Umgebung (Netz, Darm etc.) häufig beiderseitig. Sie heilen häufig von selbst, die nicht heilenden sind aber alle schwer zu operirende Fälle. Die gonorrhoischen heilen dagegen selten spontan, sind aber leichter zu operiren. Von den operirten 101 Frauen starben 11. *Rochelt.*

633. ***Volvulus des S romanum.*** *Von **Mc. Ardle.** (The Dublin journ. of med. science. 1893. Februar. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 27.)*

Der Fall betraf eine 22jährige Dame, welche seit 3 Tagen an Bauchkoliken litt; das Abdomen war sehr aufgetrieben. Koth und Gase gingen nicht ab, so dass die Diagnose auf Volvulus gestellt wurde. Bei der Operation zeigte es sich, dass es sich um einen Volvulus des S romanum handle, der, nachdem der sehr ausgedehnte Darm der Länge nach incidirt wurde, behoben werden konnte. Naht des Darmes, nachdem derselbe mit Borlösung und warmem Wasser ausgewaschen wurde. Heilung.

634. ***Ueber das abwartende Verfahren in der Nachgeburtsperiode.*** *Von Dr. **Beaucamp**, Aachen. (Arch. f. Gyn. 1892. XLII, 1, pag. 103. — Schmidt's Jahrb. 1893. 6.)*

Bei 500 Geburten der Hebammenlehranstalt zu Cöln wurde die Nachgeburtsperiode nach *Ahlfeld's* Vorschriften geleitet, das heisst, es wurde bis zur Entfernung der Nachgeburt, falls nicht Blutung ein Reiben der Gebärmutter oder ein früheres Herausdrücken der Nachgeburt erforderte, 2 Stunden lang gewartet. Blutungen, das heisst Abgang von mehr als 300 Grm. Blut, traten mehr als 163mal (32·6%) auf. 22mal wurde dabei die Nachgeburt vor Ablauf von 2 Stunden natürlich geboren, 67mal musste sie vorzeitig ausgedrückt werden. Die verlorene Blutmenge betrug 72mal bis 500 Grm., 59mal mehr; es ist anzunehmen, dass die Blutung in vielen Fällen eine geringere gewesen sein würde, wenn man die Entfernung der Nachgeburt vorgenommen hätte, sobald der Stand der Gebärmutter auf das Herabtreten des Fruchtkuchens in den unteren Abschnitt oder die Scheide schliessen liess, das heisst spätestens nach einer halben Stunde. Nachblutungen traten 14mal ein. Spätblutungen 1mal, es darf also auch bei dem abwartenden Ver-



fahren die Entbundene keinesfalls gleich nach der Ausstossung der Nachgeburt unbeaufsichtigt bleiben. Das Vorkommen der Eihautretentionen wird durch die abwartende Methode nicht verhindert. Von den 375 Geburten, bei denen 2 Stunden bis zur Entfernung der Nachgeburt verflossen, wiesen 70 (18·6%) Retentionen auf; von den 67, bei denen wegen Blutung vorzeitig ausgedrückt werden musste, 18 (26·8%); von den 58 natürlichen Lösungen 14 (24·1%). Ueber den Einfluss des abwartenden Verfahrens auf die Häufigkeit des Fiebers im Wochenbett liess sich aus den vorliegenden Beobachtungen kein abschliessendes Urtheil gewinnen; von den 500 Wochenbetten verliefen 273 mit Fiebererscheinungen. Ueberraschender Weise übten die Retentionen und Blutungen keinen bemerkenswerthen Einfluss auf die Häufigkeit von Wochenbetterkrankungen aus.

635. ***Ein neues, sicheres Sterilisationsverfahren.*** *Demonstrirt von Dr. **J. Hochenegg**. Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 2. Juni 1893. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 23.)*

Statt des antiseptischen Verfahrens in der Wundnachbehandlung wird jetzt immer mehr das aseptische Verfahren eingehalten. So sicher aber das bis jetzt geübte Sterilisationsverfahren ist, so hat es doch den Nachtheil, dass man den Verbandstoffen niemals ansieht, ob sie wirklich im Sterilisationsapparate waren oder nicht. Um sich in dieser Richtung zu sichern und nicht dem unangenehmen Zufalle ausgesetzt zu sein, einmal unsterilisirte Präparate zu benützen, verwendet Vortragender einen von Prof. *Mauthner* dargestellten gelb-braunen Farbstoff, welcher die wichtige Eigenschaft hat, dass er bei einer Hitze von 100° C. intensiv roth wird und bleibt. Werden die Stoffe vorschriftsmässig sterilisirt, so sind die früher braunen Flecken roth geworden und eine Verwechslung nicht leicht möglich. Die chemische Zusammensetzung des von Prof. *Mauthner* angegebenen Farbstoffes ist folgende: Rp.: Alum. acet. solut., Pharm. Austr. VII. Edit. 150·0, Aqu. fontis. 150·0, Alizarin en paste (20%) 5·0. — S. Vor dem Gebrauche aufzuschütteln. Verf. geht beim Sterilisiren in der Weise vor, dass er die aufgerollten oder geschnittenen Stoffe an einer Seite mit der braunen Farbe bestreicht. Wurden die Stoffe vorschriftsmässig sterilisirt, so sind die früher braunen Flecken intensiv roth und nur solches Materiale findet Verwendung. Bei Wäschestücken, Operationsröcken, Compressen, Leintüchern wird mit der Farbe das Datum der Sterilisation in eine vorher gummirte Ecke geschrieben, das Rothwerden der Schrift beweist nun die stattgehabte Sterilisation. Die Billigkeit und praktische Verwendbarkeit berechtigen zu der Hoffnung, dass auf Kliniken und in Spitälern dieses Erkennungsmittel für stattgehabte Sterilisation von Verbandstoffen Eingang finden wird. Das Ganze hat aber noch eine andere Bedeutung: Ueberall in den Verbandgeschäften bekommt man käuflich sogenannte sterilisirte Gaze. Es wird aber bei der Herstellung dieser sterilisirten Gaze in vielen Fällen sehr ungenau zu Werke gegangen, ja vielfach hat die im Handel vorkommende sterilisirte Gaze niemals einen Sterilisationsapparat passirt. Durch die demonstrirte Farbenreaction hätte man bei solchen Waaren einen sicheren Beweis, ob eine als sterilisirte Gaze feilgebotene thatsächlich sterilisirt ist oder nicht. *—r.*

636. ***Ueber Unterlippencarbunkel.*** *Von Dr. **Hansen.** Aus den Protokollen des Vereines der Revaler Aerzte. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893, pag. 228.)*

Verf. beobachtete in kurzer Zeit zwei Fälle von Unterlippencarbunkel. Dieselben gelten für seltene, dem höheren Alter zukommende, lebensgefährliche Affectionen. Die vorliegenden Fälle betreffen einen Mann in den Vierzigern und eine Frau in den Sechzigern. Die Gefährlichkeit der Erkrankung hänge wohl davon ab, ob frühzeitig ein chirurgischer Eingriff gemacht worden oder nicht. Im ersten Falle hatte Patient ein kleines Bläschen an der Unterlippe gehabt und dasselbe mit dem Fingernagel aufgekratzt. der zweite Patient hatte, mit einer Schrunde an der Lippe behaftet, alten Käse gegessen. Die Diagnose sei leicht, wenn man sich nur vor der Verwechslung mit einfachem Furunkel hüte; letztere könne allerdings von verhängnissvollen Folgen für den Patienten sein. Hält man jedoch fest, dass Furunkel an der Lippenschleimhaut wohl kaum vorkommen dürften (wenigstens hat Verf. sie hier nie beobachtet) und dass auch vom ersten Beginn des Anthrax an dieser Stelle stets eine unverkennbare derbe, voluminöse Infiltration vorhanden ist, so wird man sich nicht zu unnützem Zaudern mit dem chirurgischen Eingriff verleiten lassen. Bezüglich der Therapie heisse es hier frühzeitig einen Sehnitt anlegen, spätestens am Ende der ersten Woche, weil sonst durch das Auftreten der multiplen. necrotischen Herde die Verunstaltung grösser, zugleich auch die Gefahr einer Septicämie grösser wäre. Verf. machte in beiden Fällen den Schnitt längs dem unteren Lippenrande über die Infiltrationszone hinaus bis auf die Schleimhaut, so zwar, dass er die Lippe mit dem Daumen von der Cutisseite, mit dem 2. und 3. Finger von der Schleimhautseite fasste, so anspannte und auf den letzteren vorsichtig die Weichtheile trennte, wodurch am besten eine Verletzung der Mundschleimhaut umgangen wird; jedoch vermied er die necrotischen Herde auszudrücken. Tamponade mit Jodoformgaze, feuchter Carbolwatte-Verband. Der Process lief in ca. 3 Wochen ab, die Lippe verheilte glatt und gut mit feiner linearer Narbe.

637. ***Beitrag zur Klinik der Actinomycose.*** *Von Dr. **Alberto Illich,** Operateur an der I. chirurg. Klinik des Hofrathes Prof. Dr. Albert in Wien. Mit 2 Lichtdrucktafeln. Wien, Verlag von Josef Šafař, 1892.*

Verf. erweitert zunächst die Casuistik der Kopf- und Halsactinomycose durch 27 Fälle, welche auf der Klinik des Hofrathes *Albert* behandelt wurden und erweitert in der Epikrise die klinische Symptomatik dieser Krankheit besonders in Bezug auf die daraus zum Theil resultirende chirurgische Behandlungsweise. Die Fälle 28 und 29 gehören der Zungenactinomycose an. Unter 30 ist ein Fall von primärer Lungenactinomycose mit letalem Ausgang geschildert. (Nur 2 Fälle von geheilter Lungenactinomycose *(Schlange)* stehen bis jetzt in der Literatur als Unica da.) Verf. behandelt den Abschnitt Lungenactinomycose sehr eingehend. bespricht die Art der Infection, die Entwicklung, die Differentialdiagnose für frühe und spätere Stadien dieses Leidens, sowie dessen Localisation. Bei der Untersuchung der Sputa sind die pathognomonischen Körner zumeist in den eitrigen Partien zu finden, sie



stechen meist durch ihr weissliches Aussehen gegen das übrige Sputum ab und bieten unter dem Mikroskop einen ungewöhnlich deutlichen Strahlenkranz. In den folgenden Capiteln bespricht Verf. ebenso eingehend die Bauchactinomycose, die Hautactinomycose, die Actinomycose mit unsicherer Eingangspforte und schliesslich mit kritischer Schärfe die Therapie aller bis nun beobachteten Formen der Actinomycose. Das alphabetisch geordnete Literaturverzeichniss umfasst 569 Arbeiten. So reiht sich die vorliegende sorgfältige, auf zahlreiche Einzelbeobachtungen und auf eingehendes Studium begründete Monographie den besten Arbeiten über Actinomycose würdig an. Die Ausstattung ist eine sehr solide. *—m.*

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

638. ***Einblasungen von Sozojodolnatrium in die Nasenhöhle bei Keuchhusten.*** *Von Dr.* ***P. Guttmann****, Berlin. (Therap. Monatsh. 1893. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 24.)*

Die Einblasungen wurden mittelst eines Pulverbläsers gemacht, an dem der Gummiballon durch ein einfaches, etwa 20 Cm. langes Gummirohr ersetzt war. Nachdem man in die Oeffnung des Pulverbläsers etwa $^1/_4$ Grm. Sozojodolnatrium (Präparat von *Trommsdorf*) eingebracht hat, schliesst man den Schieber und bringt das Pulver durch Klopfen mit dem Finger bis ganz nahe an die vordere Mündung; dann nimmt man das Ende des Gummischlauchs in den Mund und steckt dem Kinde die Mündung des Pulverbläsers in ein Nasenloch, das Rohr so hoch als möglich einschiebend; wird das Pulver kräftig eingeblasen, war die Nase nicht durch Schleim verstopft und kommt noch etwas Pulver beim anderen Nasenloch heraus, so ist die Einblasung als gelungen anzusehen. Gewöhnlich bekommen die Kinder darnach einen Hustenanfall; geht dabei mit Schleim ein beträchtlicher Theil des eingeblasenen Sozojodolnatriums wieder heraus, so wird die Einblasung wiederholt. Es wurden auf diese Weise 30 Kinder ambulatorisch und 6 in der Klinik behandelt. Konnte auch keine Coupirung der Anfälle nach kurzer Zeit erreicht werden, so liess sich doch eine günstige Einwirkung in einer Anzahl von Fällen nicht leugnen; meist nahm nach einigen (3—6) Tagen die Zahl und Stärke der Anfälle ab. Schon früher wurden Versuche mit Einblasungen in die Nase gemacht; es sollen Chinin. muriaticum und Benzol, auf diesem Wege applicirt, sehr günstige Erfolge erzielt haben. Eine befriedigende Erklärung für die Wirksamkeit solcher Einblasungen in die Nase bei Keuchhusten lässt sich zur Zeit nicht geben; wir wissen nur, dass durch Reizungen der Nasenschleimhaut Athmungsreflexe ausgelöst werden können; die Thatsache, dass auch pathologische Zustände in der Nase asthmatische Anfälle nach sich ziehen, lässt vielleicht eine therapeutische Einwirkung auf die Keuchhustenanfälle von der Nase aus weniger überraschend erscheinen. *—r.*

639. ***Fremdkörper der oberen Luftwege.*** *Von Dr. med.* ***H. Teichmann****, Specialarzt in Berlin. (Medico. 1893. 24.)*

Zu den dankbarsten Aufgaben des Arztes gehört die Entfernung von Fremdkörpern im Allgemeinen, insbesondere von Fremdkörpern der oberen Luftwege. Es gelingt die Entfernung



der Fremdkörper aus den oberen Luftwegen gewöhnlich sehr leicht, vorausgesetzt, dass der Arzt die Untersuchungsmethoden beherrscht und sich aller Extractionsversuche enthält, welche erfahrungsgemäss nicht zum Ziele führen. Diese Voraussetzungen werden leider noch häufig nicht erfüllt, namentlich bei Fremdkörpern der Nase. Und gerade diese lassen sich gewöhnlich sehr leicht entfernen, wenn man ihnen in rationeller Weise beizukommen sucht. Hauptbedingung ist dabei, dass man den Fremdkörper sieht; derselbe liegt meist ziemlich weit vorn in der Nase, wenn er nicht schon durch ungeschickte Extractionsversuche nach hinten gedrängt worden ist; er ist also bei einiger Uebung in der Rhinoscopia anterior leicht zu entdecken. Gewöhnlich handelt es sich um rundliche Körper, Knöpfe, Erbsen, Bohnen, welche von Kindern mit Vorliebe in die Nase gesteckt werden. Es ist nun ein Kunstfehler, vor welchem nicht oft genug gewarnt werden kann, solche Fremdkörper mit zangenartigen Instrumenten oder Pincetten fassen zu wollen; sie entschlüpfen den Branchen des Instrumentes immer weiter nach hinten. Am meisten empfiehlt es sich, eine einfache, biegsame Sonde an ihrem geknöpften Ende hakenförmig umzubiegen und mit diesem improvisirten Instrumente unter Spiegelbeleuchtung einzugehen, bis man es über oder unter dem Fremdkörper hinweggeführt hat. Zieht man es dann zurück, so hat der Fremdkörper keinen Raum, auszuweichen, und wird in den meisten Fällen ohne grosse Kraftanwendung, ohne Schmerz und ohne Blutung herausbefördert. Mit diesem Verfahren wird man in frischen Fällen stets zum Ziele kommen. Ist der Fremdkörper schon weit nach den Choanen zu gedrängt worden, so kann man immer noch versuchen, ihn mit der gebogenen Sonde zu umgreifen. Gelingt dies nicht mehr, so mag man ihn zur Choane hinausdrängen, aber nicht ohne zwei Finger der linken Hand in den Rachen einzuführen, um das Herabfallen auf den Kehlkopf zu verhüten. Wenn der Fremdkörper schon lange Zeit in der Nase liegt und sich bereits incrustirt hat, so ist er gewöhnlich so fest in die Nasenschleimhaut eingegraben, dass es oft nur durch Zertrümmerung mittelst einer kräftigen Nasenzange gelingt, ihn in Stücken herauszubefördern. Fremdkörper, die sich im Nasenrachenraume festgesetzt haben, gewöhnlich Bissen, welche durch Verschlucken dorthin gelangt sind, lassen sich ohne Mühe mit dem hinter den weichen Gaumen eingeführten Zeigefinger entdecken und entfernen. Sitzen sie mehr in den Seitentheilen des Nasenrachenraumes, so führt man die entsprechende Hand ein, für die rechte Seite des Patienten den rechten Zeigefinger, für die linke den linken. Gegen das Herabfallen auf den Kehlkopfeingang muss man sich auch hier schützen.

Für den Isthmus faucium und den ovalen Theil des Rachens kommen von Fremdkörpern meist Fischgräten und Knochenstückchen in Betracht. Dieselben sind gewöhnlich leicht zu entdecken und ebenso leicht mit den Fingern oder einer Pincette zu entfernen. Sie können aber auch der directen Besichtigung sich entziehen, wenn sie z. B. in der Fossa glosso-epiglottica oder hinter den Gaumenbögen sich festsetzen oder gar theilweise in der Zungenbasis oder in die Mandeln sich einspiessen. Dann müssen sie mit dem Kehlkopfspiegel aufgesucht werden, und hierbei ist



ein von den Engländern ausgehender Vorschlag sehr zu berücksichtigen; man führe den Kehlkopfspiegel mit der linken Hand ein, wenn er bei der gewöhnlichen Einführung mit der rechten Hand die Gräte nicht zu Gesicht bringt. Zur Extraction muss man ihn stets mit der linken Hand halten, nur unter Spiegelbeleuchtung ist man sicher, Verletzungen der Schleimhaut durch das Extractionsinstrument zu vermeiden. Als solches ist am geeignetsten eine Kehlkopfpincette oder -Zange, doch sind gerade für Gräten die gewöhnlichen Instrumente mit ihren an der Spitze gerieften Branchen nicht sehr bequem, besser sind löffelförmig ausgehöhlte oder ganz glatte Branchenenden. In derselben Weise unter Spiegelbeleuchtung und mit zangen- oder pincettenartigen Instrumenten versucht man die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Kehlkopf; nur bei Kindern darf man hoffen, mit dem hinter die Epiglottis eingeführten Zeigefinger den Fremdkörper zu erreichen. Man erleichtert sich die Extraction ungemein durch Cocainisirung der Schleimhaut, und bei hochgradiger Athemnoth und grosser Unruhe des Patienten, welche jede Manipulation des Arztes stört, zögere man nicht zu lange mit der Tracheotomie, namentlich, wenn der Fremdkörper im subglottischen Raume sitzt. Wenn man über Assistenz verfügt, so empfiehlt es sich, von aussen den Kehlkopf fixiren und sich entgegendrängen zu lassen. Dasselbe gilt von Fremdkörpern, respective steckengebliebenen Bissen in der Speiseröhre. Obgleich diese nicht mehr zu den Fremdkörpern der oberen Luftwege gehören, so rechtfertigen es doch die damit verbundenen Beschwerden, namentlich die häufige Erstickungsangst, sie hier zu erwähnen. Ihre Entfernung ist zuweilen recht schwierig, man gelangt oft weder mit Schlundzange, noch Münzenfänger zum Ziele, noch vermag man ohne Anwendung roher Gewalt, sie in den Magen hinabzustossen. In einem Falle, wo oberhalb einer vor Jahren acquirirten Aetzstrictur der Speiseröhre ein Bissen seit 24 Stunden steckte, und Verf. ohne Kenntniss des Grades der Strictur nicht wagte, dieselbe zu forciren, gelangte er dadurch zum Ziele, dass er nach Analogie eines von *Zaufal* angegebenen Verfahrens für gequollene Fremdkörper im Gehörgange, starken Alkohol in Form von Cognac trinken liess, um eine Volumsverminderung des Bissens und ein Abschwellen der gereizten Schleimhaut durch Wasserentziehung zu bewirken. Nach dem zweiten Gläschen passirte der Bissen die Strictur, die sich bei nachträglicher Untersuchung als kaum durchgängig für ein Schlundbougie Nr. 3 erwies. Allerdings dürften nur selten die Verhältnisse für dieses Verfahren so günstig liegen wie hier, wo das Mittel bei der fast vollständigen Verlegung des Lumens längere Zeit mit den Theilen in Berührung bleiben musste; jedoch verdient es bei seiner Ungefährlichkeit jedenfalls, in ähnlichen Fällen versucht zu werden. —*r.*

640. ***Arthritis blennorrhoica.*** *Von Dr. **S. Lindemann.** Aus der Poliklinik von Prof. R. Deutschmann, Hamburg. (Beiträge zur Augenhk. Heft V. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 52.)*

Verf. berichtet über einen Fall von Blennorrhoea neonatorum, bei welchem nach Ablauf der Augenaffection eine acute Kniegelenksentzündung auftrat. Eine Punction des Gelenkes lieferte





eine geringe Menge eines mit etwas Blut vermischten eiterigen Secretes. in welchem sich bei der mikroskopischen Untersuchung unter Anderem Diplococcen in mässiger Menge vorfanden, welche man nach ihrer Form, Grösse und Gruppirung, ferner ihrer vorzugsweisen Lagerung in Zellen und ihren Farbenreactionen nach unseren heutigen Anschauungen als typische Gonococcen ansprechen müsste. Der Versuch, wirkliche Reinculturen anzulegen, misslang, vermuthlich, weil nicht der richtige Nährboden zur Verfügung stand. Es wuchsen auf den Platten zahlreiche Colonien, welche verschiedene Mikroorganismen enthielten, darunter auch Diplococcen, die sich den Reactionen gegenüber wie Gonococcen verhielten; doch fällt bei Gonococcen-Culturen das Unterscheidungsmerkmal fort, welches für gonorrhoische Secrete das wichtigste ist: die vorzugsweise Lagerung der Diplococcen innerhalb von Zellen. Bei Fortsetzung der Culturversuche wurden die Gonococcen immer spärlicher. Dies Ueberwuchertwerden der Gonococcen von anderen Mikroorganismen ist vielleicht geeignet, uns dem Verständniss des Tripperrheumatismus einen Schritt näher zu bringen, der von Einigen als eine Metastase des Trippers aufgefasst wird, während Andere eine secundäre Einwanderung der gewöhnlichen Eitercoccen annehmen, je nachdem die betreffenden Autoren nur diese letzteren Coccen oder Gonococcen in dem Eiter der erkrankten Gelenke nachzuweisen vermochten. Man könnte annehmen, dass zunächst eine primäre Erkrankung der Gelenke nur unter dem Einfluss dahin gewanderter Gonococcen stattfinde und dass weiterhin erst secundäre Einwanderung der gewöhnlichen Eitercoccen in die bereits afficirten Gelenke hinzukäme. Derselbe Kampf um's Dasein, den wir in den Gonococcenculturen zwischen diesen Mikroorganismen und den anderen zufällig auf den Nährboden gelangten Organismen sich entwickeln und zumeist mit Zugrundegehen der Gonococcen enden sehen, würde sich zweifellos auch in den Gelenken abspielen und mit dem Sieg der Eitercoccen abschliessen.

641. ***Beitrag zu den Entdeckungsmethoden einseitig simulirter Amblyopie und Amaurose.*** *Von Dr.* ***Wicherkiewicz.*** *(Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1893. Aprilheft. — Prag. med. Wochenschr. 1893. 25.)*

Verf. empfiehlt zur qualitativen wie quantitativen Feststellung einseitiger Amblyopie das Vorsetzen eines starken Convexglases (+ 10 D) vor das sehende Auge und eines schwachen Convexglases — eventuell (zur quantitativen Bestimmung) des früher durch objective Refractionsbestimmung gefundenen entsprechenden Correctionsglases — vor das angeblich amblyopische Auge. — Wird dies mit der nothwendigen Geschicklichkeit von Seite des Untersuchers durchgeführt, so wird der Kranke, vor die *Snellen*'sche Tafel gestellt, die seiner Sehschärfe entsprechende Buchstabenreihe lesen. Auf jeden Fall wird man aus der Incongruenz der Angaben vor dem Versuche und dem jetzigen Resultate die Simulation qualitativ nachweisen können. Zur Entdeckung einseitig simulirter Amaurose bedient sich Verf. folgenden Verfahrens: Man fordert den Kranken auf, beide Augen zu schliessen, wirft mit dem Augenspiegel das Licht schnell abwechselnd auf das rechte und linke Auge und lässt den Pat. angeben, wann er das Aufblitzen vor



dem gesunden Auge erkenne. Das eine- oder anderemal wird er schon diese Angabe bei Beleuchtung des angeblich amaurotischen Auges machen. — Zur grösseren Sicherheit kann man gleichzeitig die Lider beider Augen mit je einem Finger der linken Hand leicht zudrücken. Da sich in den letzten Jahren in Folge der gesetzlich eingeführten Ersatzleistungen die Zahl der Simulanten unter den Arbeitern in erschreckender Weise vermehrt und da man bei Entdeckung solcher, je nach dem Intelligenzgrade des Simulanten, individualisiren muss, ist die Vermehrung des Armamentariums der Detectivmittel durch neue einfache Methoden erwünscht.

---

# Dermatologie und Syphilis.

642. ***Behandlung der Epheliden durch „la méthode dite d'écorchement".*** *Von Dr.* ***M. van Hoorn.*** *(Journ. de Dermat. et Syph. 1893. Mai. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 52.)*

Verf. beschreibt die Resultate einer Behandlungsmethode, welche man schon früher mit Erfolg gegen confluirende Epheliden, Schwangerschaftspigmentationen, rebellische Acne rosacea, Narben und andere das Gesicht entstellende Affectionen angewendet hat und die darin besteht, dass man die Epidermis des Gesichtes in ihrer Gesammtheit zur Abhebung bringt. Man kann die Methode, deren Application ziemlich schmerzhaft ist, mit einem Vesicans vergleichen. Der Erfolg tritt meist im Laufe einer Woche ein. Bei Chloasmata genügt eine einzige Application. Bei Pockennarben, wo es sich um Ausgleich von Niveaudifferenzen der Haut handelt, muss die Procedur mehrfach wiederholt werden. Sie besteht darin, dass man eine zuerst mehrere Tage täglich folgende Salbe auf die afficirte Hautpartie aufträgt:

| Rp. | *Resorcin* | *40·0,* |
|---|---|---|
| | *Zinkoxyd* | *10·0,* |
| | *Silicium purum et anhydr.* | *2·0,* |
| | *Axung. porci* | *20·0,* |
| | *Ol. Oliv.* | *8·0.* |

Nach Verlauf von 3—4 Tagen faltet sich die Haut und springt auf.

Dann applicirt man folgende Gelatine:

| Rp. | *Grenetina alba* | *4·0,* |
|---|---|---|
| | *Zinkoxyd* | *3·0,* |
| | *Glyc. purum 30%* | *5·0,* |
| | *Aq. dest.* | *8·0.* |

heiss und bedeckt die Stelle mit etwas Watte. Nach Verlauf von wenigen Tagen trennt sich die alte Epidermis von der neuen und kann leicht mit der Scheere entfernt werden. In der Discussion bezeichnet *Fournier* die Resultate dieser Behandlungsart als brauchbar, weist jedoch auf die grosse Schmerzhaftigkeit derselben hin. *Besnier* hält die Behandlung nur für oberflächliche Pigmentationen für angebracht, hat jedoch bei Epheliden häufige Recidive gesehen.





643. ***Ueber eine Beziehung der Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique zur Syphilis.*** *Von* ***H. Schmidt.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1892. 76. — Berliner klin. Wochenschr. 1893. 25.)*

Es ist schon seit langer Zeit bekannt, dass im Verlaufe gewisser Herz- und Lungenkrankheiten sich eine kolbige Verdickung der Endglieder von Fingern und Zehen, Trommelschlägelfinger, entwickeln kann. Eine eingehende Würdigung erhielt dieses Krankheitsbild erst durch *Pierre Marie,* welcher es als Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique beschrieb und scharf von der Akromegalie abtrennte. Charakteristisch ist hierbei die kolbige Verdickung der Nagelphalangen an Fingern und Zehen mit Verbreiterung und Verkrümmung der Nägel, die eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Papageienschnabel haben. Das Beiwort pneumique wurde diesem Processe gegeben, weil die Veränderungen des Knochensystems im Zusammenhang stehen sollten mit Erkrankungen der Athmungsorgane. Vor Kurzem wies nun Verf. auf eine sehr interessante und wichtige Beziehung dieser Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique zur Syphilis hin. Er beobachtete eine 48jährige Frau mit den typischen, oben beschriebenen Erscheinungen an den Fingern und Zehen. Da sich bei ihr Verdachtsmomente für eine vorausgegangene luetische Infection ergaben, so wurde Jodkalium gereicht. Nach Gebrauch mehrerer Flaschen hiervon bildeten sich die Trommelschlägelfinger zurück, so dass Hände und Füsse kaum noch etwas Ungewöhnliches erkennen liessen. Später stellte sich noch eine specifische Erkrankung der Zunge ein, welche auf Jodkalium heilte, so dass hiernach der Schluss noch mehr gerechtfertigt ist, dass die Osteoarthropathie auf Syphilis beruhte. Ein ähnliches Vorkommniss ist bisher nie beobachtet worden. Weshalb allerdings diese Erkrankung so selten durch das Syphilisvirus bedingt wird, ist schwer zu erklären, vielleicht, dass zum Hervorbringen dieser Erscheinung erst noch nervöse Einflüsse oder andere Momente nothwendig sind.

644. ***Ueber Ichthyolsuppositorien bei der Behandlung der Prostatitis.*** *Von Dr.* ***A. Freudenberg,*** *Berlin. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 26.)*

Während die Gynäkologen bei der Behandlung der chronischen Entzündungen der weiblichen Geschlechtsorgane das Ichthyol häufig anwenden, ist die resorptionsbefördernde Wirkung desselben bei Erkrankungen der männlichen Harn- und Geschlechtsorgane nur wenig verwerthet. Bisher wurde es von *Scharff* bei acuter Prostatitis auf gonorrhoischer Grundlage in 10%iger wässeriger Lösung mittelst *Oidtmann*'scher Spritze in den After einspritzen gelassen. Die geschwellte Drüse fiel baldigst ab. Aehnliche Wirkungen bei gleicher Anwendungsweise sah *Scharff* auch gegenüber den chronischen Entzündungen der Prostata. *Ehrmann* verwendete bei gonorrhoischer Prostatitis Suppositorien und tiefe Irrigationen mit 10%iger Lösung des Mittels und beobachtete in den meisten Fällen rasches Schwinden der Prostataschwellung. Auch *Ullmann* leistete bei der gonorrhoischen Prostatitis das Ichthyol in der Form von Cacaobutterzäpfchen, die er 10%ig (Ichthyol 0·15 + Ol. Cacao 1·5) täglich 1- bis 2mal appliciren liess, „vortreffliche Dienste". „Die Beschwerden



cessirten sichtlich, ohne dass es jemals unter beiläufig 5—6 Fällen unserer Erinnerung zum Prostataabscess gekommen wäre. Das manchmal erfolgende leichte Brennen im Rectum wird durch Extract. Belladonnae behoben" (nach dem Recept 0·015 pro dosi). Verf. hat unabhängig von Anderen die locale Anwendung des Ichthyols bei Prostataerkrankungen seit 1891 in 30—40 Fällen versucht. Die angewendete Form war fast stets die der Mastdarmzäpfchen aus Cacaobutter, das Präparat stets das Ammonium sulfo-ichthyolic. Er hat das Mittel ganz überwiegend in chronischen Fällen oder wenigstens in den späteren Stadien der acuten Fälle verwendet. Gerade in Folge dieser Beschränkung auf die subacuten, resp. chronischen Fälle ist es, glaubt Verf., nicht werthlos, wenn er seine Erfahrungen veröffentlicht und sich dem Lobe der Ichthyolzäpfchen auch für diese Fälle anschliesst. Er sah in allen Fällen häufig in überraschend kurzer Zeit unter dem Gebrauch der Ichthyolzäpfchen Rückgang, in fast allen Fällen vollständige Heilung der bestehenden subjectiven Beschwerden — Schmerzen beim Stuhlgang, Druckgefühl am Damm, Urindrang etc. —, wie objectiven Symptome — Schwellung, event. Verhärtung der Drüse —, denen sich unmittelbar auch Besserung des so häufig bei der chronischen Prostatitis psychisch wie körperlich alterirten Allgemeinbefindens anschloss. Von dieser Regel bildeten nur ganz vereinzelte Fälle eine Ausnahme. In einem der Fälle war Verf. in der Lage, direct einen Vergleich mit früher vorgenommener Jodkalizäpfchentherapie zu ziehen, der zu Gunsten des Ichthyols ausfiel. Neben den Ichthyolzäpfchen wurde in den Fällen, wo es erforderlich war, stets auch die locale Behandlung von der Harnröhre aus in Angriff genommen, so Einführung dicker Beniquésonden, resp. locale Aetzung mit Argent. nitric.-Lösungen bei gleichzeitiger Urethritis posterior u. A. m. Was die Dosirung der Ichthyolzäpfchen betrifft, hat Verf. im Anfang gewöhnlich mit 0·5 Ichthyol auf 2·0—2·5 Cacaobutter angefangen und ist dann schnell auf 0·6—0·75 gestiegen, ja in einem Falle — mit ganz ausgezeichneter Wirkung und ohne jede Beschwerde — sogar auf 1·0 Ichthyol + 2·0 Ol. Cacao. Es wurde auch in dieser Concentration fast stets gut vertragen: der gewöhnlich eintretende Stuhlgang vergeht, namentlich bei ruhiger Lage, fast stets innerhalb 5—20 Minuten, ohne dass der Pat. nöthig hat, ihm nachzugeben, ebenso das nicht selten auftretende ganz leichte Brennen im Mastdarm. Die Erfahrungen haben aber doch gezeigt, dass immerhin, wenn auch selten, bei einzelnen Pat. stärkere Reizerscheinungen auftreten können, so dass er jetzt vorsichtigerweise stets mit 0·3 Ichthyol pro Zäpfchen anfängt und selten über 0·6 steigt. In der letzten Zeit hat er mitunter Jodoform (pro Zäpfchen 0·01—0·05) zugesetzt, theils um die resorptionbefördernde Wirkung noch zu erhöhen, theils um die wenigstens bei grösseren Dosen des Ichthyols und im Sommer leicht weiche Beschaffenheit der Zäpfchen zu verringern. Sehr wichtig ist, dass man sich davon überzeugt, dass das Ichthyol in den Zäpfchen gleichmässig vertheilt ist, insbesondere aber, dass die Apotheker nicht die sogenannten fertigen „Hohlsuppositorien" verwenden, und in deren Höhlung einfach die vorgeschriebene Menge Ichthyol unverdünnt



hineinfüllen. Werden derartige Zäpfchen gebraucht, so fliesst beim Gebrauch, nach dem Schmelzen der Cacaobutterhülle, das unverdünnte Ichthyol auf die Schleimhaut und übt hier einen mächtigen Reiz aus, der fast stets mit heftigen Schmerzen und Stuhlgang beantwortet wird. Verf. verschreibt dem entsprechend stets folgendermassen:

Rp. *Ammon. sulfo-ichthyol.* 0·3—0·6—0·75
*Ol. Cacao* 2·0—2·5

Misce exactissime f. suppositorium. NB. Keine Hohlsuppositorien.

Was die Zahl der Zäpfchen betrifft, so lässt er in der Regel 2 pro Tag gebrauchen, eines des Morgens nach dem eventuellen Stuhlgang, das andere Abends vor dem Zubettegehen. Ein drittes lässt er nur dann einschieben, wenn bei dem betreffenden Pat. auch im Laufe des Tages noch ein Stuhlgang erfolgt. *O. R.*

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

645. ***Einfluss der Nervina auf die psychischen Leistungen.*** *Von **H. Münsterberg**. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 25.)*

Untersucht wurden die Wirkungen von Alkohol, und zwar Bier, Cognac, Rheinwein und Bordeaux, von Excitantien noch Thee und Kaffee, ferner Bromnatrium und Opium, Chinin, Antipyrin und Phenacetin; diese Versuche wurden an vier Personen angestellt. Es wurden nicht die Reactionszeiten gemessen, sondern: 1. Gedächtnissprüfungen angestellt, 2. die Schnelligkeit des Zählens von Buchstaben, 3. des Benennens verschiedener Farben und 4. des Addirens von 10 Zahlen untersucht. Von den gefundenen Thatsachen, die nicht immer ganz mit denen von *Kräpelin* übereinstimmen, erscheint bemerkenswerth, dass die psychische Aufnahmsfähigkeit nach Alkoholgenuss ausnahmslos während der ersten Stunde mehr minder stark herabgesetzt ist, sich allmälig bessert und nach Verlauf von etwa zwei Stunden fast in allen Fällen gegenüber dem Normalzustand gesteigert ist. Für das Addiren ergab es sich, dass die langsam Rechnenden nach Alkohol noch langsamer, die schnell Rechnenden noch schneller rechnen als gewöhnlich. Nach Thee und Kaffee, namentlich nach dem ersteren, macht sich, ganz unabhängig von dem subjectiven Gefühle der Versuchspausen, eine Gedächtnisssteigerung bemerkbar. Von den Antipyreticis erwies sich Antipyrin als am schädlichsten für das Gedächtniss. Auffallende und kaum zu erwartende Thatsachen sind ferner die durchgehends zu constatirende Verbesserung des Gedächtnisses nach Opium und die ebenfalls constante Bromwirkung: die Beschleunigung des Addirens.

646. ***Methode der farbenanalytischen Untersuchung der Harnsedimente.*** *Von Prof. **H. Senator**. (Virchow's Archiv. Bd. CXXXI, Heft 3.)*

Zur Untersuchung dient entweder die ältere oder von *Ehrlich* angegebene neutrophile Mischung (125 Ccm. in 20%igem Alkohol gelöster gesättigter Säurefuchsinlösung, 75 Ccm. absoluter Alkohol und dazu allmälig unter Umschütteln 125 Ccm. gesättigter,



wässeriger Methylgrünlösung, oder eine auf dem letzten Congress für innere Medicin von ihm angegebene Mischung, bestehend aus gesättigten Lösungen von Orange G 120—135 Ccm., Säurefuchsin 80—165 Cm., Methylengrün 125 Ccm., dazu Wasser 300 Ccm., Alcohol absolutus 200 Ccm., Glycerin 100 Ccm.). Mit beiden Mischungen erhält man gute Bilder. Die letztere hat den Vortheil, dass man die Präparate nicht so lange zu erhitzen braucht. Ein Tropfen des Urinsediments wird auf einem Objectglas oder Deckgläschen ausgebreitet und durch mehrmaliges Durchziehen durch eine Spiritusflamme vorsichtig zur Trockne erhitzt. Hierauf wird ein Tropfen der Färbeflüssigkeit auf dem Objectglas leicht verrieben, oder das Deckglas auf der Flüssigkeit 10—15 Minuten schwimmen gelassen und dann getrocknet. Nach dem Trocknen wird das gefärbte Präparat erst mit Alkohol, dann mit Wasser gewaschen, getrocknet und mit Canadabalsam eingeschlossen. Die so gefertigten Präparate halten sich einige Wochen. Geronnenes Eiweiss erscheint bei dieser Färbung violett, ebenso die hyalinen Cylinder und die Grundsubstanz anderer Cylinder; Hämoglobin und rothe Blutzellen sind orange, die neutrophile Körnung violett, die eosinophile kupferroth, die Kerne der Leucocyten blau oder blaugrün.

647. ***Ueber einige Beziehungen zwischen menschlichem Blutserum und pathogenen Bacterien.*** *Von Dr.* ***Stern,*** *Breslau. Vortrag beim XII. Congress für innere Medicin. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 25.)*

Untersuchungen anderer Autoren haben gezeigt, dass bei Tetanus das Blutserum toxische Wirkungen besitzt, so kann Verf. nach eigenen Untersuchungen ein Gleiches vom keimfreien Blutserum Erysipelkranker behaupten; dieses, in einer Menge von 0·5—1 Ccm. weissen Mäusen intraperitoneal injicirt, tödtet dieselben in weit kürzerer Zeit als normales Blutserum. Die Kraft und Raschheit der Giftwirkung hängt übrigens von der Intensität des Erysipels ab. Weiter konnte Verf. feststellen, dass dem Inhalte einer Erysipelblase ein sogar höherer toxischer Effect innewohnt als dem Blutserum. Umgekehrt besitzt das Blutserum von Kranken, welche vor kürzerer oder etwas längerer Zeit (zwei Tage bis ein Jahr) Abdominaltyphus überstanden haben, eine schützende Wirkung; vorausgeschickte oder gleichzeitige intraperitoneale Injection solchen Serums zeigt bei Thieren einen hemmenden Einfluss für die nachfolgende experimentelle Infection mit Typhus. Unter 7 Personen, welche vor geraumerer Zeit, und zwar 1—7½ Jahren, an Abdominaltyphus gelitten hatten, wies nur bei zweien das Blutserum eine ähnliche schützende Kraft auf. Diese schützende Kraft des Blutserums kann weder einer bacterienzerstörenden, noch einer giftzerstörenden Eigenschaft desselben zugeschrieben werden. Denn Typhusbacillen gedeihen in dem schützenden Serum mit gleicher oder selbst höherer Virulenz als in Bouillon. Es dürfte sonach das Serum auf den Organismus selbst einwirken, nicht oder nicht ausschliesslich unmittelbar auf die Bacillen oder deren Toxine.



# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

648. ***Ueber das Fischgift.*** *Von* ***Arnstamoff.*** *(Medical Presse. — Med.-chir. Centralbl. 1893. 26.)*

Manche Personen besitzen die Idiosynkrasie, vom Fischgenusse vergiftet zu werden, während derselbe anderen gar nicht schadet. Verf. hat 11 derartige Vergiftungen beobachtet. Nach dem Genusse eingesalzenen Lachses starben 5 Personen. Eine Untersuchung des Fisches ergab eine eigenthümliche weiche Beschaffenheit des Fleisches, aber keine Fäulniss. Unter dem Mikroskope fanden sich eine Menge Mikroorganismen, die eine grosse Aehnlichkeit mit Typhus-Bacillen aufwiesen. Die Vergiftungserscheinungen traten 10—28 Stunden nach dem Genusse des Fisches auf; die eingenommene Menge übte keinen Einfluss auf die Intensität und Extensität der Vergiftungssymptome aus. Vornehmlich beklagten sich die Patienten über allgemeine Schwäche, Schmerzen im Unterleibe, Dyspnoe, Doppeltsehen, Schwindel, Trockenheit des Mundes. Es bestand Dysphagie und Obstipation. Die Temperatur war unter der Norm. Die Necropsie der ungünstig abgelaufenen Fälle wies nichts Besonderes, abgesehen von spärlichen Erscheinungen eines Erstickungstodes, auf. Die bacteriologische und mikroskopische Untersuchung der verschiedenen Organe ergab die Anwesenheit des erwähnten Mikroben. Reinculturen desselben wurden 19 Kaninchen, 2 Hunden und 2 Katzen inficirt. Die 4 letzteren Thiere wurden nach überstandenen schweren Krankheitserscheinungen gesund; die Kaninchen starben ohne Ausnahme. Die Symptome waren bei den Versuchsthieren die gleichen wie die beim Menschen; auch die Autopsie zeigte denselben Befund.

649. ***Ein Todesfall durch Einathmen von Cloakengas.*** *Von Dr.* ***Hankel,*** *Glauchau. (Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge. Bd. V. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 52.)*

Verf. unterscheidet die leichte, mittelschwere, schwere und chronische Form der Cloakengasvergiftung. Die leichteste Form äussert sich häufig nur durch das Gefühl eines schweren Druckes auf den Kopf und die Brust. Bei etwas schwereren Fällen kommt Erbrechen, Kolikschmerzen, Entleerung stark nach Schwefelwasserstoff riechender Gase, auch durch Aufstossen, hinzu. Der Puls wird klein, das Athmen beschleunigt und erschwert, es treten Schwindel, grosse Mattigkeit und Muskelschwäche auf. In mittelschweren Fällen zeigt sich die Haut kühl, mit kaltem Schweisse bedeckt. Es treten Ekel, Magenschmerzen, Gelenkschmerzen, ein eigenthümlich zusammenschnürendes Gefühl im Schlund, Delirien und Muskelzuckungen, Ohnmachten, Schreien, Singen und Schwatzen auf. Das letztere ist den Arbeitern so bekannt, dass sie es chanter le plomb nennen. Sodann folgt Bewusstlosigkeit und Convulsionen, namentlich tetanischer Art. Die Pupillen sind meist erweitert, die Lippen und das Gesicht meist cyanotisch. Bei den schwersten Fällen tritt sofortiger Tod ein. Der Arbeiter steigt in die Grube hinab und sinkt dort plötzlich, wie von einer Kugel getroffen, todt oder wenigstens bewusstlos zusammen. Ein anderer öfter beobachteter Verlauf ist folgender: der Arbeiter stösst einen gellenden Schrei



aus, bekommt heftige Krämpfe mit Erbrechen, Abgang von Koth und Urin, es zeigt sich Schaum vor dem Munde, und der Kranke stirbt oder bleibt doch wenigstens lange bewusstlos. Leichte Fälle heilen meist rasch und ohne weitere Störungen, aber schon bei mittelschweren Vergiftungen bleiben schwere und langandauernde Störungen zurück. Das Bewusstsein ist noch tagelang getrübt. Mitunter treten Tobsuchtsanfälle ein, die sich oft wochenlang wiederholen. Auch sind öfters Nachkrankheiten, die an Typhus oder Cerebrospinalmeningitis erinnerten, beobachtet worden. Bei Unglücksfällen ist der Verunglückte sofort an die frische Luft zu bringen, mit kaltem Wasser zu begiessen und die künstliche Respiration einzuleiten. Bluttransfusion ist vorgeschlagen, aber wohl noch nicht angewendet worden. Die chronische Form ist bei Arbeitern in einer chemischen Fabrik, wo sie schwefelwasserstoffhaltiges Wasser getrunken hatten, und bei Bergleuten in den Kohlengruben bei Auzain beobachtet. Es zeigte sich starke Anämie, Magenschmerzen und Kolik, der Leib trieb sich auf und es traten eiterige Stuhlentleerungen auf. Bei den Arbeitern entstanden Furunkeln am Hals, im Gesicht und an den Händen. Der reichliche Genuss von Milch soll das beste Mittel gegen chronische Cloakengasvergiftung sein.

650. ***Colonisation tropischer Länder. Ueberwindung der sanitären Hindernisse.*** *Von Dr. **Reyer**, Wien. (Arch. f. Hygiene. Bd. XVI. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 41.)*

Die Colonisation der tropischen Länder wird unserer Rasse wesentlich erschwert durch die hohe Temperatur und in vielen Fällen überdies durch Mikroorganismen. Beide feindliche Agentien lassen sich durch technische Vorkehrungen bekämpfen. In Washington hat sich eine Gesellschaft gebildet, welche an die Consumenten (Wirthe und Fleischer) kalte Luft abgibt, wodurch die kostspielige Eiskühlung erspart wird. Nach Analogie dieser technischen Vorrichtung sollte man in tropischen Ländern Kühlstationen anlegen, von welchen die Anwohner frische Luft beziehen könnten. Wer zum Aufenthalt im Freien gezwungen ist, wird allerdings nur während der Nacht, während Ruhe- und Mahlzeiten vom Kühlraum Vortheil ziehen; es ist aber immerhin viel gewonnen, wenn man täglich nur 8 statt 24 Stunden in tropischer Hitze verweilen muss. Ueberdies ist zu bedenken, dass die meisten Europäer, welche in den Tropen leben, nur commerzielle, finanzielle und technische Bureauarbeiten ausführen, während die schwere körperliche Arbeit der acclimatisirten Rasse überlassen bleibt. Die Kühlräume werden also dem Europäer in der That den grössten Vortheil gewähren. Zum Schutze gegen Mikroorganismen ist die Desinfection des Wassers nicht genügend, sondern es muss auch die Luft von flottirenden Organismen durch Filtration befreit werden. Eine Pumpe drückt die verunreinigte Luft durch ein hinreichend grosses Filter und versorgt die Wohn-, bezw. Arbeitsräume mit gereinigter Luft. Wie die Kühlräume, so bieten auch die desinficirten Räume nur zeitweilig Schutz, doch wird hierdurch schon viel gewonnen, wie die Erfahrungen der Fiebergegenden zeigen. Personen, welche bei Tage nur wenige Stunden im Fiebergebiet arbeiten und die übrige Zeit im gesundem angrenzenden Hügelland leben, bleiben häufig gesund,



während sie rasch erliegen, wenn sie sich im Fieberland dauernd ansiedeln. Entschliesst man sich, Arbeitercolonien zu gründen, welche sich in Räumen mit gesunder filtrirter Luft befinden, so könnte man Fiebergebiete binnen Kurzem der Cultur gewinnen, indem solche Arbeiter im Stande wären, Flussniederungen gegen Hochwasser durch Dämme genügend zu schützen und Sümpfe auszupumpen. Auf solche Weise könnte man z. B. die Niederungen des Missisippi saniren und dicht bevölkern. Die Auslagen für die Reinluftcolonien machen sich schon dadurch bezahlt, dass die Löhne in dem Masse sinken, als der Aufenthalt gefahrlos und unschädlich wird.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 651. *Die Cholera asiatica eine durch die Cholerabacillen verursachte Nitritvergiftung.*

*Von Prof. Dr.* ***R. Emmerich*** *und Prof. Dr.* ***Jiro Tsuboi.***

*(Münchener med. Wochenschr. 1893. 25 u. 26.)*

Nach der Entdeckung der Ptomaine durch *Brieger* ist durch falsche Generalisation die Lehre entstanden, dass die eigentliche Ursache der Krankheit und des Todes bei Infectionskrankheiten die durch die Bacterien erzeugten Ptomaine, respective Alkaloide seien. Von verschiedenen Forschern wurden auch bei Cholera solche Bacteriengifte gefunden und besonders *R. Pfeiffer* hat den Nachweis zu liefern versucht, dass die charakteristischen, bei Meerschweinchen nach intraperitonealer Injection von Choleraculturen beobachteten Krankheitserscheinungen durch Giftsubstanzen hervorgerufen werden, die an dem Körper der Choleravibrionen gebunden sind. Die Thatsache, dass alle in Culturen etc. nachweisbaren giftigen Eiweissstoffe aus dem Zellinhalt abgestorbener Kommabacillen stammen, ist von grösster Wichtigkeit auch für die folgende Darlegung. Dieselbe zeigt, dass alle bisherigen Arbeiten über die Giftsubstanzen der Kommabacillen für die Pathogenese der Cholera asiatica des Menschen nicht verwerthbar sind; denn im Choleradarm handelt es sich nicht um ein Absterben der Kommabacillen, sondern um eine üppige Weiterentwicklung und Vermehrung derselben. Giftstoffe aus der Zellsubstanz der Kommabacillen können demnach als Ursache der Vergiftungserscheinungen bei Cholera asiatica nicht in Betracht kommen.

*Emmerich* legte sich nun die Frage vor, ob denn die so charakteristischen Vergiftungserscheinungen bei der Cholera asiatica nicht etwa aus der Wirkung anderer, schon bekannter Producte der Lebensthätigkeit der Kommabacillen erklärt werden könnten? War es doch seit Langem bekannt, dass die Kommabacillen in künstlichen Culturen ansehnliche Mengen Nitrit produciren und dass ihnen dieses Vermögen aus Nitraten, ja sogar (wenn auch nur in geringerer Menge) aus kohlensaurem Ammoniak, salpetrige Säure zu bilden in hervorragenden Masse und mehr als allen



anderen in dieser Richtung untersuchten pathogenen und saprophytischen Bacterien *(Petri)* zukommt. Diese Thatsache allein hätte *Emmerich* noch nicht auf den Gedanken gebracht, dass die Cholera möglicher Weise als Nitritvergiftung aufzufassen sei. Aber er erinnerte sich zugleich an die neuerdings durch verschiedene Thatsachen als richtig erwiesene Theorie *Oscar Löw's*, nach welcher jede Substanz, welche bei grosser Verdünnung entweder in Aldehyd- oder in Amidogruppen einzugreifen vermöge, auch ein Gift für alles Lebende sein müsse. Diese Folgerung hat sich mit Bezug auf die Amidogruppen beim Hydroxylamin, Diamid und Phenylhydrazin bestätigt, ferner mit Bezug auf die Aldehydgruppen beim Formaldehyd und der salpetrigen Säure. Es war nun zunächst festzustellen, in welchen Mengen die salpetrige Säure, respective Nitrite giftig wirken und ob und inwiefern die Vergiftungssymptome mit den bei Cholera asiatica beobachteten übereinstimmen. Und in der That, es zeigte sich, dass diese Uebereinstimmung eine so auffallende und vollständige ist, dass sich das Krankheitsbild bei Nitritvergiftung in allen seinen Einzelheiten im Symptomenbild der Cholera asiatica vollkommen wiederspiegelt. Was zunächst die Nitritvergiftung anlangt, so zeigten zahlreiche Versuche der Verff., dass 50 Mgrm. Natriumnitrit (= 0·1 Grm. pro Kilo Thier) bei Meerschweinchen nach kurzer Zeit tödtlich wirken, gleichviel, ob dieselben subcutan in den Magen oder Darm injicirt werden. Auch bei Kaninchen führten 0·2 Grm. (=·012 Grm. pro Kilo Thier) bei subcutaner oder intravenöser Injection innerhalb einer Stunde den Tod herbei. Sehr charakteristisch und gut ausgeprägt sind die Vergiftungserscheinungen bei Hunden nach Einführung von 0·3—1·0 Grm. Natriumnitrit in den Magen. Die Hunde, welche zu Beginn des Versuches in beständiger Bewegung sind und mit grösster Gier um jeden Bissen Fleisch kämpfen, werden schon etwa 10 Minuten nach dem Verschlucken des salpetrigsauren Salzes auffallend ruhig, sie gehen langsam, wie ermüdet umher, gähnen öfters, wobei die Zunge blass und leicht livide erscheint; dann legen sie sich nieder und verschmähen die besten Bissen. Plötzlich erheben sie sich, suchen mit wankendem Gang eine Ecke des Käfigs auf, es stellen sich Würgbewegungen und 20 Minuten bis $^1/_2$ Stunde nach Beginn des Versuches Erbrechen ein, worauf sie erschöpft niedersinken. Bald tritt nach beständigem Würgen abermals öfters Erbrechen und Stuhlgang ein. Die Zunge und Mundschleimhaut ist nun (30—50 Minuten nach Beginn des Versuches) dunkelblau, die Athmung ist stark beschleunigt, der Puls anfangs etwas frequenter, wird schwach. Die Körpertemperatur ist bereits um 1—2° gesunken. Die Athmung wird ebenfalls verlangsamt und oberflächlich. Es treten unter lautem Heulen schmerzhafte Krämpfe der Extremitäten und Nackenmuskeln ein und unter Zunahme der Cyanose, welche einen ausserordentlich hohen Grad erreicht, des Temperaturabfalles, sowie unter allmäligem Schwächerwerden der Herzaction erfolgt der Tod nach Ablauf von 1—2 Stunden.

Ueber Nitritvergiftungen beim Menschen liegen bis jetzt wenig Erfahrungen vor. Die spärlichen Beobachtungen lassen sich zu folgendem Gesammtbild zusammenfassen: Nach Einführung von 0·5 – 0·6 Grm. Natriumnitrit in den Magen treten beim Menschen nach



kurzer Zeit schwere Intoxicationserscheinungen auf, nämlich: Schwindel, Brechneigung und Erbrechen, öftere Entleerung dünnflüssiger, gelbgefärbter Flüssigkeit (bis zu 30 Stühlen in 12 Stunden bei einem Falle), subnormale Temperatur, anfangs beschleunigte, später verlangsamte Athmung, anfängliche Beschleunigung, dann Sinken des Blutdruckes, Kleinerwerden des Pulses, hochgradige Cyanose. Das Sensorium ist nach Uebereinstimmung aller Autoren bis zum Tode völlig frei und das Bewusstsein völlig klar. Die Intoxicationserscheinungen bei Nitritvergiftung und die Krankheitserscheinungen bei schweren, wohlausgeprägten Cholerafällen stimmen im Wesentlichen, bis auf wenige unbedeutende und leicht erklärliche Abweichungen, auffallend überein, denn auch bei Cholera asiatica sind die Hauptsymptome: Schwindel, Erbrechen, Diarrhoe, subnormale Temperatur, anfängliche Beschleunigung des Pulses (bis zu 140 Schlägen in der Minute), dann Kleinerwerden desselben und Sinken des Blutdruckes, so dass oft aus einer angeschnittenen Arterie kein Blutstropfen hervorkommt (*Magendie* und *Dieffenbach*), hochgradigste Cyanose des Gesichtes, der Lippen und Hände, Kälte der Extremitäten, Verminderung der Harnabsonderung. Der Tod erfolgt nach vorausgegangenen schmerzhaften Krämpfen bei vollem Bewusstsein. Das Gesicht der Leichen ist wie bei Nitritvergiftung stark cyanotisch, das Blut, „dunkelschwarz“ oder „Heidelbeersaft ähnlich“, enthält, wie das Nitritblut, viel weniger Kohlensäure, als das eines gesunden Menschen. Die reiswasserähnlichen Stühle fehlen mitunter bei acuter Nitritvergiftung. Dies erklärt sich aber zum Theil aus dem raschen Verlauf, grösstentheils aber daraus, dass die grösste oder die gesammte Menge des Nitrites schon im Magen resorbirt wird, während bei Cholera die salpetrige Säure nicht im Magen, sondern ganz allmälig im Darm gebildet, respective vom Nitrit abgespalten wird, wo dieselbe das Darmepithel abtödtet und hierdurch den Flüssigkeitserguss in's Darmlumen, die Reiswasserstühle und die Bluteindickung etc. ermöglicht. Eine der wesentlichsten Erscheinungen bei Nitritvergiftung ist nun weiterhin das Auftreten von Methämoglobin im Blute.

Wie steht es nun in dieser Beziehung bei der Cholera?

Blut von Choleraleichen konnten die Verff. bisher selbstverständlich nicht untersuchen, wohl aber haben sie bei einer grossen Zahl von Meerschweinchen, welche der intraperitonealen Injection oder der nach der *Koch*'schen Methode ausgeführten Cholerabacillen-Infection (nach Einführung der Cultur in den Magen) erlegen waren, das Blut spectroskopisch auf Methämoglobin untersucht und dieses, wenn auch nur in einer relativ geringen Anzahl von Fällen, sicher nachgewiesen.

Auch die mikroskopischen Veränderungen der rothen Blutkörperchen sind bei Natriumnitritvergiftung und Cholera ganz identisch. Die Blutkörperchen sind zackig, stechapfelförmig. Um die durch die Methämoglobinbildung beeinträchtigte Function der rothen Blutkörperchen richtig zu beurtheilen, muss man sich daran erinnern, dass man sich, da merkwürdigerweise der Blutfarbstoff sowohl durch oxydirende, als durch reducirende Agentien in Methämoglobin übergeführt werden kann, lange Zeit über die Frage gestritten hat, ob das Methämoglobin Peroxyd oder Suboxyd des



Hämoglobins sei und dass diese Frage durch *Hüfner* und *Külz* dahin entschieden wurde, dass Oxy- und Methämoglobin den gleichen Gehalt an Sauerstoff besitzen, dass aber die Bindung des Sauerstoffs im Methämoglobin eine ungemein viel innigere ist, als im Oxyhämoglobin. Die Nitritbildung durch den Kommabacillus erfolgt, wie *Petri* zeigte, durch Reduction von Nitraten, nicht aber durch Oxydation von Ammoniak.

Nun kommt aber das Vermögen, Nitrate zu Nitrit zu reduciren, nicht blos den Cholerabacillen, sondern auch einer grossen Anzahl anderer theils pathogener, saprophytischer Bacterien zu und es muss deshalb die Frage beantwortet werden, weshalb nicht auch diese anderen nitritbildenden Bacterienarten, sondern nur die Cholerabacillen Nitritvergiftung beim Menschen zu erzeugen im Stande sind.

Die Antwort auf diese Frage ergibt sich auch unmittelbar aus den von *Petri* über das Reductionsvermögen verschiedener Bacterien angestellten wichtigen Untersuchungen. Von 100 untersuchten Bacterienarten zeigten etwa 20 das Vermögen, Nitrate zu Nitriten zu reduciren. Der Darminhalt des Menschen enthält unter bestimmten Ernährungsbedingungen mehr oder weniger viel Nitrate. Ein Nitratgehalt des Darminhaltes von 0·5%, wie ihn *Petri* bei einem Züchtungsversuche zur Anwendung brachte, kommt beim Menschen niemals vor, wohl aber ein Gehalt von 0·01% Nitrat. *Petri* fand, dass die Cholerabacterien, gleichviel von welcher Epidemie sie stammen, alle anderen Bacterien in der Fähigkeit, Nitrate zu Nitrit zu reduciren, sehr bedeutend übertreffen. Alle anderen ebenfalls nitritbildenden Bacterien reduciren die Nitrate ungemein viel langsamer und in viel geringerer Menge. Wohl kommen zwei Arten Fäcesbacillen, die Nitrate reduciren, in grösserer Menge im Darm vor, aber es ist noch nicht sicher, ob sich dieselben auch im Dünndarm oder nur im Dickdarm zu vermehren vermögen. Von entscheidender Bedeutung aber ist die Thatsache, dass diese Fäcesbacillen 4000mal weniger Nitrit in der gleichen Zeit produciren als die Cholerabacillen. Es kommt aber bei der Frage, ob irgend welche Bacterienart beim Menschen Nitritvergiftung verursachen kann, nicht blos darauf an, ob sie Nitrate zu Nitriten zu reduciren vermag, sondern wie rasch und in welcher Menge dies geschieht, sowie ganz besonders darauf, ob sie sich im menschlichen Darm rasch und üppig zu vermehren im Stande ist. Weiterhin ist von wesentlichem Belang, dass die Cholerabacillen neben Nitrit zugleich auch Säure (Milchsäure) aus Kohlehydraten zu produciren vermögen; es ist noch nicht bekannt, ob diese Fähigkeit auch anderen nitritbildenden Bacterien zukommt. Alle diese Eigenschaften müssen aber, wie es scheint, bei einer Bacterienart vereinigt sein, wenn sie im Stande sein soll, Nitritvergiftung beim Menschen zu verursachen. Die schon länger bekannte Fähigkeit, Cholerabacillen aus Kohlehydratsäure zu bilden, wurde durch zahlreiche Versuche neuerdings erhärtet. Die auffallende Thatsache, dass bei der Cholera die Darmveränderungen gerade im unteren Theile des Ileum und im oberen Theil des Dickdarms am intensivsten sind, beruht auf dem erst in den tieferen Partien des Dünndarms ermöglichten Freiwerden grösserer Mengen von salpetriger Säure. Durch die alkalische



Reaction im Duodenum in Folge des Pankreassaftes wird zwar die üppige Vermehrung der Cholerabacillen begünstigt, hingegen vermögen die lebendigen Zellen schwerer die salpetrige Säure frei zu machen; es ist daher der obere Theil des Darmes weniger afficirt. Durch die Production von Milchsäure durch die massenhaft sich vermehrenden Cholerabacillen wird die alkalische Reaction immer mehr abgeschwächt und in Folge davon die Abspaltung der salpetrigen Säure durch die lebenden Zellen der Darmschleimhaut erleichtert. Wird nun vollends die Reaction im Coecum sauer, so wird dadurch eine höchst acute Vergiftung eingeleitet. Die in Freiheit gesetzte salpetrige Säure tödtet und zerstört in erster Linie das Darmepithel, sie wirkt aber auch, wie *Binz* constatirte, lähmend auf die Nervencentren und von diesen sind es zunächst die Sympathicusganglien, welche gelähmt werden. Die Folgen dieser Wirkung der freien salpetrigen Säure sind: der Flüssigkeitserguss aus dem Blute in's Darmlumen (da die epithelfreie Schleimhaut die Flüssigkeit aus den, in Folge der Sympathicuslähmung erweiterten Gefässen leicht durchtreten lässt), die Bluteindickung, die Harnretention etc. Es sind nun aber im menschlichen Dünndarm stets oder fast stets solche Mengen von Nitraten vorhanden, dass durch die Cholerabacillen eine zur Vergiftung und Tödtung des Menschen ausreichende Menge von Nitrit daraus gebildet werden kann. Schlechtes Brunnenwasser in Städten und Dörfern enthält oft enorme Mengen von Nitraten neben salpetriger Säure. Ausser dem Wasser, welches allerdings im Magen und Darm rasch resorbirt wird, enthalten auch noch viele andere Nahrungsmittel des Menschen mehr oder weniger grosse Mengen von Nitraten, und zwar sind es besonders Salat und Gemüse, welche beträchtliche Mengen von salpetersauren Salzen enthalten. Der Gehalt an Nitraten ist in diesen vegetabilischen Nahrungsmitteln je nach der Bodenbeschaffenheit, Düngung und Witterung sehr wechselnd. Da die ärmere Bevölkerung hauptsächlich auf vegetabilische Nahrungsmittel angewiesen ist, so lässt sich hieraus die in Indien und Europa beobachtete Thatsache, dass die Cholera eine Krankheit des Proletariats ist, leicht erklären. Auf Grund ihrer empirischen Beobachtungen haben die Aerzte schon seit den Dreissiger-Jahren vor dem Genuss von Salat, Gemüse etc. eindringlich gewarnt. Die Verf. beabsichtigen die prophylactischen Massnahmen gegen die Cholera, wie sie sich aus diesen Untersuchungen ergeben, in einer eigenen Abhandlung gleichzeitig mit der Therapie der Cholera zu besprechen. Hier sei nur bemerkt, dass man in Städten und Ortschaften für reines nitrat- und nitritfreies Trinkwasser und für die Ernährung der armen Bevölkerung mit Fleisch (durch Errichtung von Suppenanstalten etc.) Sorge tragen muss. Gleichzeitig wird man, wenn die Cholera eine Stadt bedroht, vor dem Genuss von nitratreichen Nahrungsmitteln, wie Salat, Gemüse etc., warnen. Der Arzt wird bei Cholerakranken am besten absolute Diät anordnen, unter keinen Umständen aber solche Nahrungsmittel gestatten, welche grössere Mengen von Nitraten enthalten oder wie die Kohlenhydrate zur Bildung von Säure (Milchsäure etc.) im Darm, Veranlassung geben. Die absolute Diät verfolgt den wichtigen Zweck, den Eintritt von Luft in den Darmcanal zu verhüten und



dadurch die Vermehrung und Lebensthätigkeit der Cholerabacillen hintanzuhalten. Bei Sauerstoffabschluss entwickeln sich die Kommabacillen sehr kümmerlich. Deshalb ist es auch von grösster Wichtigkeit, die Kranken nur reines, mit Kohlensäure gesättigtes Wasser trinken zu lassen. Die Verff. glauben, dass die Diagnose bei vielen Cholerafällen rascher durch die spectroskopische Untersuchung, welche von jedem Arzt mittelst eines Taschenspectroskopes leicht ausgeführt werden kann, gestellt werden könne, als durch den bacteriologischen Nachweis der Kommabacillen. *O. R.*

# Literatur.

652. ***Paul Guttmann.*** *Sein Leben und Wirken. Seine Schriften. Von **Albert Eulenburg.** Berlin 1893, Verlag von August Hirschwald.*

In kurzen Zügen entwirft der Freund des der Wissenschaft zu früh entrissenen Berliner Forschers und Lehrers ein Bild, welches die Lebenskämpfe des nunmehr Vielbetrauerten uns kennen lehrt. Ein Einblick in die grosse Anzahl seiner gediegenen Arbeiten vervollständigt das Ganze. Wer *Paul Guttmann* so hoch schätzte, wie wir, weiss dem Verf. innigen Dank; wer ihn nicht so genau kannte, wird reiche Belehrung aus dem Werkchen schöpfen. *Hausmann,* Meran.

653. ***Pfarrer Kneipp und seine Cur.*** *Ein Capitel aus der neuesten Geschichte des Wasserheilverfahrens. Von Dr. **Chalybäus.** Berlin 1893, Heuser's Verlag.*

Der Verfasser gehört nicht zu den von vornherein abgesagten Feinden Kneipp's. Er bespricht die persönlichen Eigenheiten des berühmten Pfarrers, dessen Ausübung der Heilkunde und kommt nach eigenen Erfahrungen, die er über das Treiben und Verfahren in Wörishofen gesammelt, zu dem Schlusse, dass eigentlich kein vernünftiger Kranker Anlass habe, bei Pfarrer Kneipp sein Heil suchen zu sollen. Auch in anderen Heilanstalten und zu Hause, zumal wenn wirklich sachverständige Leitung vorhanden, kann Wassercur ausgeführt werden.

*Hausmann*, Meran.

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

654. ***Ueber die Therapie des Abortus.*** *Von Prof. Dr. **Schauta,** Wien. Nach einem im ärztlichen Verein des VIII. Bezirkes in Wien gehaltenen Vortrage. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893.)*

Was die Behandlung des Abortus anlangt, so hat man sich zunächst folgende zwei Cardinalfragen vorzulegen: Ist der Abortus aufzuhalten oder ist er unaufhaltsam? Aufzuhalten ist ein Abortus solange, als der Cervix noch nicht durchgängig ist und die Blutungen keine gefahrdrohende Höhe erreichen. In allen solchen Fällen kann man hoffen, dass die Erscheinungen sich zurückbilden werden und dass die Schwangerschaft trotz bestehender Blutungen weiterdauern werde. Blutungen und Schmerzen allein scheinen mir noch nicht mit Sicherheit darauf hinzuweisen, dass Abortus eintreten muss, und man kann also in solchen Fällen durch zweckmässige Therapie den Abortus aufhalten. Ich erinnere mich an einen Fall, bei dem im dritten Schwangerschafts-



monate Blutungen auftraten, die dann wieder sistirten. Die Schwangerschaft dauerte fort und am normalen Ende, als die Frau von mir entbunden wurde, fand sich interessanter Weise an der Placenta ein rostbraunes Blutcoagulum, welches von mir wohl zwanglos auf die damalige Blutung zurückgeführt werden konnte. In allen solchen Fällen, in denen also die Blutung noch aufzuhalten ist, empfiehlt sich ein möglichst inactives Vorgehen von Seite des Arztes. Die Blutung wird also weder durch Tamponade, noch durch Kälte, noch durch Ergotin angegangen, denn sonst wäre der Zweck verfehlt. Wenn dann nach mehrtägiger Beobachtung die Blutung sich stillt und keine Erweiterung des Muttermundes auftritt, wenn die Anfangs bestandenen Schmerzen vergehen, kann man — und natürlich mit einer von Tag zu Tag wachsenden Wahrscheinlichkeit — annehmen, dass der Abortus nicht eintreten werde. Die Frau muss noch etwa acht Tage nach dem Eintritte der letzten Blutung im Bette bleiben.

Was nun die Behandlung des unaufhaltsamen Abortus anlangt, also derjenigen Fälle, bei denen der Cervix für den Finger durchgängig ist, oder bei denen bei engem Cervix eine starke Blutung eintritt, bei der man nicht ruhig zusehen kann, so besteht sie darin, dass man das wichtigste Symptom, das für die Frau gefährlichste in der Gruppe der Erscheinungen, die Blutungen, zu beherrschen sucht. Freilich, all das, was man allenfalls anwendet, um der Blutung Herr zu werden, regt in der Regel auch Wehen an, so dass allerdings bei der Behandlung eines unaufhaltsamen Abortus dadurch, dass man die Blutung bekämpft, der Abortus beschleunigt wird, und man daher im Allgemeinen die Frage, wie man den unaufhaltsamen Abortus behandeln solle, dahin beantwortet hat: man müsse den Abortus beschleunigen. Diese Art der Formulirung der Antwort auf die gestellte Frage hat nun dahin geführt, dass man geglaubt hat, möglichst energisch und activ vorgehen zu müssen, sofort mit einem Finger oder einer Curette eingehen zu sollen, den Uterus ausräumen, tamponiren zu müssen etc. All das aber halte ich für ganz falsch. Denn die Art und Weise, wie das Ei durch langsame Contractionen von der Innenfläche des Uterus abgelöst wird, ist eine so zarte, die Natur vollzieht den Process in so ausgezeichneter Weise, dass wir mit unseren Fingern es unmöglich besser, wohl aber viel schlechter machen können. Es kann z. B. Jemand mit dem Finger eingehen, vielleicht nicht bis zum Fundus uteri hinaufkommen, er bekommt das Ei nicht vollständig in den Finger, um es als Ganzes loszulösen, zerquetscht es in Folge dessen, bringt den Flüssigkeitsinhalt zum Austritt, Fetzen der Eihaut aber bleiben zurück. Das sind dann die schwersten und unangenehmsten Fälle. Ich schlage daher folgende Behandlung vor: Wenn der Abortus nicht aufzuhalten ist, wenn die Blutung eine solche ist, dass man ihr nicht ruhig zuschauen kann, dann wenden wir blos die Tamponade, und zwar nur die mit Jodoformgaze an. Wir nehmen einen Streifen Jodoformgaze von etwa 2 Meter Länge und 3—4 Fingern Breite und schieben ihn zunächst in das Scheidengewölbe, tamponiren dasselbe fest aus und schieben ihn dann mit allmäliger Erweiterung der Scheide von oben nach unten langsam vorwärts. Das Ende desselben lassen wir zur Vulva hinaushängen. Ein Speculum ist bei dieser Art des Tamponirens absolut unnütz, das beste ist die Leitung zweier Finger. Ich kann hierdurch die Tamponade so fest und gleichmässig machen, wie es mit dem Speculum nicht möglich



ist. Diese Art der Tamponade hat gegenüber der mit Wattakugeln den colossalen Vortheil, dass man hier den Tampon sehr leicht (durch blosses Hinausziehen des Gazestreifens) mit einem Male entfernen kann, während man bei der Tamponade mit Wattabäuschchen oft eingehen muss, um die einzelnen Tampons herauszubekommen.

Wie lange soll nun der Tampon liegen bleiben? Diese Frage ist nach folgenden Grundsätzen zu beantworten: Es ist nämlich möglich, dass die betreffende Frau auf die Tamponade hin Wehen bekommt oder schon vorher Wehen gehabt hat, die sich in der bekannten typischen Weise durch Kreuzschmerzen etc. äussern. In diesem Falle kann man dann erwarten, dass das Ei sich unterdessen bereits losgelöst hat, dass es ausgetreten ist, der Uterus sich über dasselbe zurückgezogen hat und das Ei, bereits vollkommen gelöst, zwischen Uterus und Tampon liegen dürfte. Kann man also erwarten, dass es schon gelöst ist, so entfernt man den Tampon und findet das Ei hinter demselben bereits liegen, so dass es entweder von selbst herausfällt oder aber leicht entfernt werden kann.

Es kann aber auch vorkommen, dass die Wehenthätigkeit keine derartige ist und dass die Schmerzen keine derartige Höhe erreicht haben, dass man schon in den nächsten Stunden erwarten könnte, dass das Ei sich gelöst habe. Dann kann man den Gazestreifen liegen lassen, aber nicht zu lange, das Maximum beträgt 24 Stunden. Länger darf er nicht liegen bleiben, da, man mag noch so aseptisch vorgehen, eine Infection zu Stande kommen könnte, da doch in der Scheide sich stets Mikroorganismen finden. Liessen wir den Streifen daher länger liegen, würde er bald einen üblen Geruch annehmen, es würden sich zahlreiche Mikroorganismen ansiedeln und der Tampon so zu einem Infectionsherde werden. Um das zu vermeiden, wird der Gazestreifen nach 24 Stunden herausgenommen und nun untersuche ich. Nun kann man zweierlei finden: 1. der Muttermund ist entweder weit geworden oder er ist noch enge, oder 2. es besteht noch eine Blutung oder es besteht keine mehr. Wenn nach Entfernung des Streifens keine Blutung mehr besteht, so kann ich zunächst warten, besonders dann, wenn der Muttermund nicht wesentlich weiter geworden ist als er Tags zuvor war. Hat er sich jedoch wesentlich erweitert und das Ei ist noch nicht gelöst, dann ist es das Beste, nochmals zu tamponiren, denn es kann in kurzer Zeit wieder die Blutung eintreten. Da nun beim Eintreten der Blutung der Arzt erst geholt werden müsste, in der Zwischenzeit bis zu seinem Eintreffen die Frau jedoch sehr viel Blut verlieren würde, ist es am vortheilhaftesten, gleich von Haus aus nochmals zu tamponiren. Ist aber der Muttermund nicht erweitert, dann werden wir nicht mehr tamponiren. Denn es kann sich ja doch auch der Fall ereignen, dass Anfangs der Abortus wohl ein unaufhaltsamer zu sein schien, dass aber im Verlaufe des Processes eine Rückbildung der Erscheinungen eintrat. Wenn wir z. B. nach 24 Stunden in einem solchen Falle den Tampon wegnehmen, bildet sich der Cervix zurück und wir erleben die Freude, dass der Abortus aufgehalten ist, die Schwangerschaft weiter fortdauert, um schliesslich ihr normales Ende zu erreichen. Es entsteht nun die Frage, wie lange man sich in dieser Weise verhalten solle? Ist die Tamponade wegen fortdauernder Blutung nothwendig, so kann man sie ganz gut durch viele Tage hindurch fortsetzen, nur ist hierbei die Vorsicht nicht zu vergessen, den Tampon nicht länger als höchstens 24 Stunden liegen





zu lassen, und nach Ablauf dieser Zeit immer eine Untersuchung vorzunehmen und den Tampon zu wechseln. Ich muss sagen, dass man auf diese Weise in der Regel das intacte Abgehen des ganzen Eies erzielt, während man durch zu frühes energisches Vorgehen das Ei zerquetscht und dann in eine unangenehme Zwangslage kommt.

Wann also soll man activ vorgehen? Wenn sich unter der Tamponade der Cervix wesentlich erweitert hat und für mindestens zwei Finger durchgängig ist, das Ei aber trotzdem nicht abgeht, dann können wir Schritte hierzu unternehmen. Dann nützt nämlich nach mehrtägigem Tamponiren ein weiteres Tamponiren nichts mehr. Denn die Erweiterung des Muttermundes beweist, dass kräftige Wehen da waren; wenn aber trotzdem das Ei nicht herausgegangen ist, dann besteht eben ein innigerer Zusammenhang zwischen dem Ei und der Innenfläche des Uterus und in diesem Falle muss ein actives Verfahren platzgreifen. Man geht mit zwei Fingern durch den erweiterten Muttermund ein, stülpt sich mit der anderen Hand den Uterus über die beiden Finger hinweg, so dass man also bestimmt den Uterusfundus erreicht, löst dann vorsichtig und langsam das ganze Ei ab und geht, sobald man sich überzeugt hat, dass das Ei völlig frei in der Uterushöhle liegt, mit der Hand heraus. In einem solchen Falle führen folgende Handgriffe zum Ziele: Man drückt, wenn es möglich ist, wenn das Ei völlig gelöst ist, dasselbe am besten aus dem Uterus heraus. Geht dies aber nicht, ist das Ei doch zu gross für den Muttermund, so fasst man es mit einer Zange am unteren Pol. Es kann nun geschehen, dass das Ei reisst; doch schadet dies nicht, denn man fasst es dann eben nochmals in einer grösseren Partie und bekommt es auf diese Weise, wenn auch nicht ganz, so doch stückweise heraus. In der Regel aber wird man das Ei auf diese Weise in toto auf den ersten Zug herausbekommen. Blutet es hierauf noch, so kann man auch die Uterushöhle tamponiren, und zwar genau so wie ich es früher beschrieben habe, also wieder mit einem Streifen von Jodoformgaze, nur mit dem Unterschiede, dass wir ihn in diesem Falle bis in die Uterushöhle vorschieben werden. Auch in solchen Fällen darf er nicht länger als 24 Stunden liegen bleiben.

Nun hätte ich noch die schwierigen Fälle von unvollendetem Abortus zu besprechen. Sehr häufig wird ja der Arzt nicht im Beginne des Abortus gerufen, man entnimmt nur aus der Erzählung der Patientin, dass sie abortirt habe. Die Periode sei ausgeblieben, dann sei eine Blutung aufgetreten, es seien auch Stücke abgegangen, die Blutung habe dann wieder nachgelassen, nun aber blute es immer noch. Da können dann folgende Fälle bestehen: Das Ei kann noch ganz im Uterus sich befinden, aber der Cervix ist noch enge, oder aber das Ei ist zwar zum Theile abgegangen, es befinden sich jedoch noch Eireste im Uterus. In solchen Fällen hat man sich nach der Grösse des Uterus zu richten. Ist nämlich derselbe entsprechend gross, so kann das Ei noch vollkommen darin sein. Dann fällt die Behandlung mit den schon geschilderten Fällen zusammen. Ist jedoch der Uterus klein und es blutet trotzdem, dann muss man sich sagen, dass nur ein Eirest in ihm enthalten sein kann und dann ist die Behandlung eine ganz andere. In solchen Fällen muss nämlich, um die Entfernung des Eies zu ermöglichen, die Uterushöhle erweitert werden, womit jedoch nicht gesagt sein soll, dass man, wie Viele glauben, gleich Pressschwämme, Laminaria etc. anwenden muss, da man hierdurch nur allzuleicht eine In-





fection erzeugt. Ich mache daher die Dilatation des Uterus mit den sogenannten *Hegar*'schen Stiften, mit denen man in einer Sitzung die Dilatation ganz leicht vornehmen kann. Statt der *Hegar*'schen Stifte, die, wie Ihnen bekannt, aus Hartgummi verfertigt werden, kann man auch einen gleichgebauten Glasstift verwenden, da selber eben so gut ist, sich ebenso leicht desinficiren lässt und auch ganz glatt ist. Nur dürften in der Praxis die Glasstifte wegen ihrer leichten Zerbrechlichkeit nicht ebensogut brauchbar sein wie die Hartgummistifte. Hat man also die Uterushöhle erweitert, so geht man mit dem Finger ein und entfernt nun, falls sich ein grösserer Eirest im Uterus befindet, denselben mit dem Finger genau so, wie wir es früher für das ganze Ei beschrieben haben. Findet man jedoch nur eine kleine Partie des Eies, die sich mit dem Finger nicht fassen lässt, dann geht man unter Leitung des Fingers mit einer Curette ein, schiebt sie, stets unter vorsichtiger Leitung des Fingers, vorwärts und nimmt auf diese Weise das noch vorhandene kleine Eipartikelchen weg. Das planlose Herumkratzen mit der Curette hat gar keinen Sinn. Denn wenn selbst ein Stück von Nussgrösse im Uterus sich befindet, und wir gehen mit der Curette ohne Leitung des Fingers ein, so kann ich mit ihr solange als ich will herumkratzen, sie wird immer leer herauskommen. Man muss daher immer genau fühlen, was sich im Uterus befindet, und sich darnach richten. Hat man überdies nussgrosse Stücke, so kann man sie ja mit dem Finger oder der Zange auf die schon geschilderte Weise herausbefördern. Denn wo ich mit dem Finger operiren kann, ist der Finger für mich ein Instrument non plus ultra. In Fällen freilich, wo man mit dem Finger den Fundus uteri nicht erreichen kann oder wo die Stücke zu klein sind und sich von dem blossen Finger nicht fassen lassen, kurz in Fällen, in denen es nicht anders möglich ist, muss ich mit der Curette auskratzen, aber stets unter Leitung des Fingers, man darf mit der Curette nicht im Finstern herumtasten, sondern immer muss man dort, wo die Curette hinkommen soll, zuerst mit dem Finger gewesen sein.

Noch interessanter als die eben erwähnten Fälle sind diejenigen, bei denen schon Wochen oder Monate seit dem fraglichen Abortus vergangen sind und die Frau doch noch blutet. Da können nun zwei Fälle vorliegen: Es kann sich nämlich erstens um zurückgebliebene Placentareste handeln, oder zweitens, es handelt sich um Extrauterinschwangerschaften, Fälle, die ich beinahe jede Woche auf meiner Klinik zu sehen Gelegenheit habe. Es handelt sich hierbei um einen Tubarabortus, um eine Gravidität in der Tube, wobei jedoch schon in den ersten Wochen Blutungen in die Tubarhöhle und damit auch Blutungen aus dem Uterus auftreten. Die Symptome sind die folgenden: Die Frau hat Schmerzen, Blutungen und mit dem Blute geht in der Regel auch etwas Festes ab, was die Hebamme und die betreffende Patientin als Eireste deuten. Das ist aber nichts anderes als Decidua, die bei einem solchen Tubarabortus regelmässig abgeht. In solchen Fällen steht dann oft die Blutung — und das ist charakteristisch für diese Fälle — sie kann einige Tage sistiren und dann wieder fortdauern. Da muss man die Anamnese genau aufnehmen, denn die Frauen denken oft gar nicht daran, dass sie gravid waren.

(Schluss folgt.)





# Kleine Mittheilungen.

655. Gegen ***Impetigo contagiosa*** und ***Eczema pustulosum*** bringt das Journ. des mal. cut. et syph. 1893, S. 119 folgendes Mittel:

*Rp. Salol*
*Aether sulf. aa 3·0*
*Cocain. muriat. 0·2*
*Collodii 20·0*

(Monatsh. f. prakt. Dermat. 1893. Nr. 11.)

656. Gegen ***Haarschwund*** und ***Trichophytiasis*** verwendet *Brocq* (Journ. des mal. cut. et syph. 1893, S. 119) folgendes Mittel:

*Rp. Acid. carbol.*
*Chloral*
*Tct. Jod. aa 10·0*

MDS. Beim Haarschwund einmal, bei Trichophytiasis 3—4mal die Woche mittelst eines Pinsels auf die erkrankten Theile aufzutragen, bis stärkere Hautreizung entsteht. (Monatsh. f. prakt. Dermat. 1893. Nr. 11.)

657. ***Ueber die Gefahr, welche von Tuberculösen bewohnte Locale für die Contagion bieten.*** *Von Dr.* ***Ducor.*** *(Acad. de méd. de Paris, séance du 28 mars 1893.) — (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 6.)*

Eine Mutter mit ihren 2 Kindern, hereditär nicht belastet, bewohnten ein Local, in welchem die früheren Bewohner tuberculös gestorben waren und wurden alle drei tuberculös. Der *Koch*'sche Bacillus wurde in den Wandtapeten nachgewiesen. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Auswurf Tuberculöser kann auf dem Boden eintrocknen und zwei Jahre lang dort virulent bleiben. 2. Die Resorption tuberculösen Staubes kann Anlass geben zu allgemeiner oder localer Tuberculose oder zur Scrophulose. 3. Man kann nicht streng genug sein beim Desinficiren der durch Tuberculöse bewohnten Räume, sowohl im Interesse der Kranken selbst, als der darauffolgenden Einwohner.

658. ***Liquor ammoni acetici bei Delirium tremens.*** *Von Dr.* ***Kerr.*** *(Charité-Annalen. 1893.)*

Das Delirium tremens beruht auf einer Intoxication durch die cumulative Wirkung des genossenen Alkohols. Unsere therapeutische Aufgabe muss daher darauf gerichtet sein, das besonders in der Nervensubstanz und im Gehirn abgelagerte Gift aus dem Körper zu entfernen. Zu diesem Zwecke empfiehlt Verf. eine forcirte Darreichung von essigsaurem Ammoniak. Unter den von ihm behandelten Fällen erscheint besonders einer für die Wirksamkeit des Mittels sehr instructiv: Ein 48jähriger Mann wird in seinem ersten Anfall nach der bisher allgemein üblichen Methode mit Narcoticis behandelt. Vier starke Männer sind nicht im Stande, ihn im Anfalle zu bändigen, er muss, um sein Leben zu schützen, in eine Isolirzelle gebracht werden, woselbst er nach längerem Toben in tiefen Schlaf verfällt. Zwei Jahre später neuerlicher Anfall. Der Kranke wird jetzt in häuslicher Pflege belassen. Er bekommt stündlich Ammonium aceticum, daneben kräftige Nahrung: Milch, Fleisch, Brod, Kaffee. Nach circa 70 Stunden verfällt er in vierstündig·n tiefen Schlaf. Aus demselben erwacht, folgt nach 4 Stunden wieder eine 20 Stunden währende tiefe Schlafperiode. Ein dritter Anfall des Deliriums war mit einer epileptischen Attaque complicirt. Trotzdem erfolgte rasche Besserung.

---

***Besitzwechsel.*** Die sämmtlichen Bitterwasser-Besitzungen der Firma Ignaz Ungar & Sohn (Victoria, Attila, Hunyádi, Arpád, Rákóczy György, Hunyadi Béla) sind mit allen dazu gehörigen Markenrechten etc. käuflich in das Eigenthum der Firma Andreas Saxlehner in Budapest übergegangen. — Wie wir aus authentischer Quelle vernehmen, sind jene vormals Ungar'schen Bitterwasser-Etablissements durch die nunmehrige Eigenthümerin derselben ausser Betrieb gesetzt und Füllung und Versandt jener Wässer, sowie die Erzeugung von Bittersalz sind eingestellt.

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

Aerztlicher Bericht des k. k. Allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1891. Im Auftrage des hohen k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht durch die Direction dieser Anstalt. Wien 1893. Aus der k. k. Hof- und Staatsdruckerei.

*Huber, J. Ch. Dr.*, Medicinalrath, kgl. Landgerichtsarzt in Memmingen. Bibliographie der klinischen Helminthologie. Heft 5—6. Ascaris, Oxyuris, Trichocephalus, Ankylostomum. München, Verlag von J. F. Lehmann, 1893.

*Schreiber, Dr. E. Cl.*, Arzneiverordnungen für den ärztlichen Gebrauch, mit besonderer Berücksichtigung billiger Verschreibungsweise. II. Theil. 2. Auflage Frankfurt a. M., Verlag von Johannes Alt, 1893.

Jahresbericht (51.) des unter dem Schutze ihrer k. u. k. Hoheit Erzherzogin Maria Carolina stehenden St. Josef unentgeltlichen Kinderspitales und des damit verbundenen Dr. Bichler'schen Kinderwärterinnen-Bildungs-Institutes für das Jahr 1892. Selbstverlag der Anstalt.

*Lahusen, Dr.*, früher dirig. Badearzt auf Sylt, Director der Curanstalt Braunthal in München, Die Lungentuberculose und ihre Verhütung vermittelst rationeller Abhärtung durch Wassercur im Hause. Für Aerzte und gebildete Laien. München, Verlag von Dr. E. Albert & Co. 1893.

*Lahusen, Dr.*, ärztlicher Director von Braunthal-München, Abhärtungscuren im Hause. Kurze Anleitung für Wasserfreunde zur rationellen Wasseranwendung. München, Verlag von Dr. E. Albert & Co., 1893.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

659. ***Die „kleine Urämie".*** *Von* **Dieulafoy**. *(Bull. de l'acad. méd. 1893. 26. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 14.)*

Von 60 Fällen von Nephritis, die Verf. zu beobachten Gelegenheit hatte, fehlte in etwa $^1/_4$ der Fälle das Eiweiss im Urin vollständig. Auf Grund mehrerer Sectionen hält sich Verf. zur Aufstellung des Satzes berechtigt, dass sicher constatirter Morbus Brighti mit urämischen Symptomen während längerer Zeit (bis 3 Monate) ohne eine Spur von Albuminurie bestehen kann. Sowie man aus dem blossen Vorhandensein von Eiweiss im Urin nicht berechtigt ist, die Diagnose Nephritis zu stellen, ist es nicht gestattet, blos auf Grund der fehlenden Albuminurie eine Nephritis zu leugnen. Es gibt eine grosse Urämie, charakterisirt durch die bekannten mannigfaltigen Symptome, unter welchen diese Affection auftritt; daneben gibt es aber noch eine „kleine Urämie", die meist verkannt wird, weil der Urin kein Eiweiss enthält. Die Symptome dieser kleinen Urämie sind dieselben, welche wir häufig als Nebenerscheinungen der wohlcharakterisirten Nephritis beobachten können. Sehr häufig bestehen Gehörstörungen (Ohrensausen, Schwerhörigkeit, Schwindelanfälle identisch mit dem *Menière*'schen Schwindel). Das Gefühl des sogen. todten Fingers mit Ameisenkriechen in einem oder in mehreren Fingern wird ebenfalls öfters beobachtet; ferner lästiges Hautjucken, grosse Empfindlichkeit gewisser Körpertheile, besonders der unteren Extremitäten gegen Kälteeinwirkungen; Wadenkrämpfe, oft sehr schmerzhaft, gewöhnlich Nachts; Drang zum Wasserlassen, so dass die Kranken 12- bis 15mal in 24 Stunden uriniren müssen, ohne dass jedoch die Harnmenge über die Norm gesteigert wäre. Die Epistaxis matutina, welche meist Morgens früh beim Reinigen der Nase in Form von kleinen Blutfäden auftritt, gehört ebenfalls zu den häufigen Erscheinungen der kleinen Urämie, ebenso wie die sogenannte „Secousse électrique", ein plötzliches Zusammenfahren im Moment des Einschlafens oder während des Schlafes, und die „urämische Art. temporalis", gespannt, geschlängelt, wie eine atheromatöse Arterie, wenn auch kein Atherom vorhanden ist. Alle diese Symptome haben vereinzelt wenig Werth; vereinigt sind sie aber gewiss nicht ohne Bedeutung, besonders wenn sie neben hartnäckigen Kopfschmerzen, Oedemen, Galopprhythmus vorkommen. Wenn auch das Eiweiss in vielen Fällen fehlen kann, so ist um so mehr auf diese meist wenig beachteten Symptome Gewicht zu legen. Man wird dadurch befähigt, eine Affection vor dem Ausbruch schwerer Symptome zu diagnosticiren zu einer Zeit, wo sie der Behandlung noch zugänglich ist.

660. ***Ueber Magenschwäche.*** *Von Prof.* ***Paul Fürbringer,*** *Berlin. Vortrag in der 15. Versammlung der balneologischen Gesellschaft zu Berlin. (Med. Neuigkeiten. 1893. 16.)*

Die Magenschwäche ist von den gewöhnlichen Formen der nervösen Dyspepsie zu trennen. Dieselbe hat nichts mit der Atonie. beziehungsweise motorischen Insufficienz des Magens zu thun. Eine Cardinaleigenschaft des Leidens liegt in dem Vorhandensein des vortrefflichen Appetits. Dieser schafft das zweite Hauptsymptom, den Magenschmerz. Letzterer stellt sich niemals als heftiger Magenkrampf dar, sondern als Empfindung eines in mässigen Grenzen bleibenden wunden und nagenden Gefühls, allenfalls unter Einmischung von Druck. Er folgt der Zufuhr bestimmter Speisen (Zucker, Fett, Amylaceen) und Getränke (Kaffee) nach kurzer Zeit, selbst unmittelbar und hat für den Träger etwas ungemein Verstimmendes, verlässt ihn aber meist eher, als der Schmerzerreger den Magen, worauf sich wieder ungestörtes Gesundheitsgefühl einstellt, bis ein neuer Diätfehler die alte Pein erneuert. Das Leiden würde zu den banalsten zählen, wenn nicht der Mangel anderer begleitender gastrischer Beschwerden, selbst innerhalb der Anfälle (schlechter Geschmack. Aufstossen, Uebelkeit, Druckempfindlichkeit, Flatulenz, Unregelmässigkeiten des Stuhles) charakteristisch wäre. Aber auch ausserhalb der Schmerzphasen documentirt sich die Magenschwäche. Was der gesunde Magen spielend, ohne jede Beschwerde verarbeitet. kann hier die Schmerzen auslösen. Dies gilt vom Quantum, im höheren Masse vom Quale. Die Frage nach dem Wesen dieser eigenthümlichen, mit Schwäche gepaarten Hyperästhesie der Magenschleimhaut ist schwer zu beantworten. Nicht in Frage kommen kann ein directer adäquater Reiz der Ingesta als solcher nach Analogie der Aetzwirkung, auch nicht eine Zersetzung. beziehungsweise Entwicklung von Gährungsproducten seitens des Mageninhalts, eben so wenig eine vermehrte Salzsäuresecretion, denn die Acidität erwies sich als normal. Der Magen wird mit dem *Leube*'schen Probefrühstück in der gesetzmässigen Frist gut fertig. So erscheint die Affection als eine eigene Art von nervöser Dyspepsie, mit der Massgabe nämlich, dass lediglich die sensiblen. beziehungsweise schmerzempfindenden Nerven der Schleimhaut sich gegen gewisse Reize, auf welche die gesunden Gefühlsnerven des Magens nicht reagiren, überempfindlich zeigen. Es fehlt auch nicht an Uebergängen zu den gewöhnlichen Formen der nervösen Dyspepsie. „Wir können einstweilen nicht anders als eine räthselhafte Idiosynkrasie in der Anspruchsfähigkeit der sensiblen Magennerven annehmen.“ Die Aetiologie anlangend, spielt bei dem, meist den höheren Schichten eigenen Leiden das üppige Leben an der Tafel, das aufregende Geschäftsleben und die geistige Ueberanstrengung eine nicht untergeordnete Rolle. Aber die grosse Hälfte der Patienten zeigte sich durchaus frei von Neurasthenie. Nur der Magen war es, der hier krankte und es erschien gezwungen. in dem Leiden ein Symptom der reizbaren Schwäche des Nervensystems überhaupt anzunehmen. Eine ganz hervorragende ursächliche Rolle spielt nach Verf. die Influenza. Das Leiden muss als hartnäckiges, wahrscheinlich in nicht wenigen Fällen chronisches. gelten. Es würde auf prophylactischem Wege (Meiden der er-





fahrungsgemäss schlecht bekömmlichen Speisen und Getränke in schadenbringender Menge) sicher zu bekämpfen sein, wenn nicht die unbezähmbare Gewalt der Verführung den Lockungen der Tafel gegenüber im Verein mit der unverminderten Esslust den bedauerlichen Vorschub leistete. Die zweite Aufgabe der Therapie, den Magen zu kräftigen, ist eine keineswegs undankbare. Schon ein Wechsel des Klimas vermöge einer kurzen Reise in's Gebirge oder an die See kann Erstaunliches bewirken. Die medicamentöse Therapie hat wenig Bedeutung, es müsste denn die entschieden verschlimmernde Wirkung fast aller „starken“ Stomachica in Betracht kommen. Am zuträglichsten erwiesen sich kleine Rhabarberdosen. Die Narcotica haben aus nahen Gründen ihre besonderen Bedenken. Das beste schmerzstillende Mittel ist oft das reine Wasser; Salzsäure und Alkalien haben sich als nutzlos erwiesen.

661. ***Haben bei den Infectionskrankheiten die antipyretisch wirkenden Droguen den ihnen zugeschriebenen Werth?*** *Von Dr. **Otto Tross**, Karlsruhe. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 14.)*

Das Fieber, welches im Gefolge der acuten Infectionskrankheiten auftritt, ist als eine Folge, und zwar eine indirecte Folge der in den Körper eingedrungenen Bacterien aufzufassen. Diese scheiden ein Product aus, ein Toxin, welches Fieber erzeugt. Unsere Hilfe muss also streben, die Bacterien so zu beeinflussen, dass sie das fiebererzeugende Abscheidungsproduct nicht erzeugen. Dies ist möglich entweder dadurch, dass die Bacterien direct vernichtet, oder dadurch, dass sie wenigstens in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Die Bacterien direct zu vernichten, ist uns in den meisten Infectionskrankheiten bislang noch nicht möglich. Jedenfalls sind die sogenannten Antipyretica nicht das Mittel zur Vernichtung der Bacterien. Wie steht es nun aber mit der zweiten Möglichkeit? Sind wir vielleicht im Stande, die eingedrungenen Bacterien in ihrer Entwicklung zu hemmen? Welche Mittel vermögen diese Wirkung zu äussern? Die sogenannten Antipyretica lassen auch in dieser Hinsicht im Stiche. — Zunächst wird eine gute Ernährung unter gleichzeitiger Anregung des Stoffwechsels dazu im Stande sein: Kräftige Kost, event. künstliches Schwitzen (insbesondere bei Febris puerperalis sehr zu empfehlen!), Laxantien, vorsichtiges Baden; Alles dies stärkt und kräftigt den Körper im Kampfe gegen die Bacterien. Das beste Mittel gegen die weitere Entwicklung der Bacterien scheint dem Verf. die erhöhte Temperatur zu sein, eben das Fieber, welches, in Folge der zuerst eingedrungenen Bacterien auftretend, in seinem Bestande der weiteren Entwicklung der Bacterien hinderlich ist. Der Organismus leidet freilich unter der erhöhten Temperatur; sie ist ein zweischneidiges Mittel; nur für relativ kurze Zeit schwingt die Natur diese Waffe ungestraft; gelingt ihr die Vernichtung der Bacterien nicht bald, so erliegt sie: die erhöhte Temperatur wirkt allmälig lähmend ein auf das Herz. Verf. gelangt auf Grund folgerichtiger theoretischer Betrachtungen zu folgenden Schlüssen für die Praxis: 1. Die Thatsachen beweisen, dass es bei den Infectionskrankheiten verschieden wirkende Toxine gibt: *a)* ein fiebererzeugendes Toxin, *b)* ein herzmuskellähmendes Toxin. *a)* Das fiebererzeugende Toxin

wird durch grosse Gaben Cognac in seiner Wirkung auf den Organismus paralysirt; je höher die Temperatur, um so mehr Cognac. Der Cognac ist das Verbrennungsmaterial für den Körper und wirkt dadurch als Kräftesparmittel für den Organismus, da dieser sonst die Mittel zur Oxydation sich selbst entziehen würde. *b)* Das herzmuskellähmende Toxin muss paralysirt werden durch alle uns zu Gebote stehenden Herzkräftigungsmittel: in erster Linie Campher, ferner Digitalis, Coffeïn, Chinadecoct etc. Diese Mittel sind bei allen denjenigen Infectionskrankheiten, die notorisch herzlähmend wirken können, wie Pyämie, Pneumonie, Diphtherie etc., möglichst früh zu geben, nicht erst bei beginnendem Nachlass der Herzthätigkeit. 2. Die antipyretisch wirkenden Droguen können herzlähmend wirken; diese Wirkung wird bei ihrer Anwendung um so eher eintreten, je mehr das Herz durch im Blute kreisende Toxine gefährdet ist; ihre Anwendung ist daher, weil bei *a)* nichts nützend, bei *b)* direct schadend, zu unterlassen. —*r.*

662. ***Ueber congenitalen laryngealen Stridor.*** *Von **J. Thomson.** (Edinburgh med. journ. 1892. September. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 27.)*

Verf. hat neben einigen leichteren 5 ausgeprägte Fälle — 3 Knaben, 2 Mädchen — von infantilem oder congenitalem laryngealen Stridor beobachtet, jener seltenen Form einer functionellen Störung in der Coordination, die beim Athmen zwischen Thorax- und Larynxmuskeln besteht. Dieser Stridor nimmt an Stärke in den 2—3 ersten Lebensmonaten im Allgemeinen zu und schwindet dann langsam, um zuletzt nur noch in Momenten psychischer Erregung aufzutreten. In ausgesprochenen Formen beginnt die Inspiration krächzend und endet mit einem scharfen Krählaut, bei ruhiger Respiration fehlt der letztere; die Exspiration wird nur bei lautem Stridor von einem kurzen Krächzen begleitet. Es kommen spontane Intermissionen und Variationen, bei psychischen Alterationen Verstärkungen in der Intensität der Laute vor. Durch Gähnen, durch Schluss der Nasenlöcher, bei herabgedrückter Zunge oder wenn das Kind beim Saugen durch die Nase athmet, wird das Geräusch nicht beeinflusst, es muss also im Larynx entstehen. Meist wird Brustwand und Episternalgrube inspiratorisch stark eingezogen, nach längerem Bestehen bildet sich eine Hühnerbrust aus. Der Kehlkopf bot, so weit die Untersuchung möglich war, in diesen Fällen keine Anomalien. Das Allgemeinbefinden wird wenig gestört, die Behandlung hat für allgemeine Kräftigung zu sorgen. Gegen Laryngismus bestehen wichtige Unterscheidungsmomente, indem obige Affection gleich nach der Geburt, höchstens 1—2 Wochen später beginnt, gesunde oder nur schwächliche, dyspeptische Kinder befällt, während Laryngismus wohl nie in den ersten Monaten, sondern bei der ersten Zahnung auftritt, fast stets bei rhachitischen vorkommt und anderen nervösen Leiden, Tetanie, Convulsionen nahe verwandt ist. Dort ist jeder Paroxysmus fast bedeutungslos, dauert 1—2 Secunden ohne zu Unbehagen, zu Cyanose oder zur Mitbetheiligung der Alae narium bei der angestrengten Athmung zu führen, es wird jedoch über Monate die Mehrzahl der Inspirationen von dem Stridor begleitet, — hier ist jeder Spasmus relativ sehr schwer, hält unter Unbehagen und



Cyanose sehr viel länger an, aber selbst in schweren Fällen sind verhältnissmässig lange freie Intervalle vorhanden. Dort wird der Stridor bei lautem Schreien und im Schlaf vermindert oder aufgehoben, und schlucken ist unbehindert. — Laryngismus aber wird gerade durch Schreien und Schlucken ausgelöst, respective verstärkt und stellt sich besonders gern im Schlafe ein.

663. ***Bemerkungen über Diabetes mellitus.*** *Von Prof. Dr.* ***Leyden.*** *(Deutsche Med.-Ztg. 1893. 46.)*

In den letzten Jahren hat sich durch die klinischen Erfahrungen mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass eine strenge diätetische Behandlung, welche dem Diabetiker alle Zuckerstoffe entzieht, schwer durchzuführen und nicht ohne Bedenken ist, ja man hat geradezu behauptet, dass die reine Fleischnahrung eine Gefahr in sich birgt, indem sie den Ausbruch des Coma diabeticum durch Bildung von Acetessigsäure und Oxybuttersäure befördert. Verf. ist der Ansicht, dass es nicht ohne Weiteres und nicht unter allen Umständen ein für den Diabetiker günstiges Zeichen ist, wenn der Zucker im Harn abnimmt, sofern er gleichzeitig von dyspeptischen Zufällen ergriffen wird. Die grösste Gefahr für einen schweren Diabetiker ist eine länger dauernde Dyspepsie. Denn bei geringer Nahrungsaufnahme verzehrt er täglich so viel von seiner Körpersubstanz, dass die Gefahr der Inanition und des Verfalls schnell heranrückt. Es ist daher sehr gefährlich, dem Diabetiker eine Diät aufzuzwingen, welche ihm bald schädlich wird, indem sie ihm Appetitlosigkeit und Erbrechen macht.

Das bisherige Princip der Diabetesbehandlung muss etwas verschoben werden. Wenn wir die Ursache des Diabetes, d. h. die verlorene Fähigkeit des Organismus, Zucker als Nahrungsstoff zu verwerthen, nicht direct zur Besserung oder Heilung bringen können, so ist die symptomatische Therapie, welche das Hauptsymptom, den Zucker im Harn, durch Entziehung zu beseitigen sucht, von nur zweifelhaftem Werthe. Wir müssen vielmehr besorgt sein, die üblen, respective gefahrdrohenden Folgen der Krankheit auszugleichen, zu compensiren. Die Therapie, wenn sie nicht eine specifische sein kann, muss eine compensatorische sein. Die schädlichen Folgen des Diabetes mellitus, welche in der Anhäufung von Zucker im Blute und in den Geweben gelegen sein können, werden am besten durch reichliche Ausscheidung des Zuckers mit dem Harn ausgeglichen, wozu, vorausgesetzt, dass die dazu erforderlichen Organe (Herz und Nieren) gesund sind, reichliche Zufuhr von Flüssigkeit erforderlich ist. Wichtiger erscheint der zweite Punkt, dass bei dem Diabetiker ein grosser, anscheinend unentbehrlicher Theil der gewöhnlichen Nahrung unausgenützt verloren geht und für den Organismus nichts als einen unnützen Ballast darstellt. Die Folge davon ist, dass der Diabetiker abmagert und dass diese Abmagerung mit der Zeit einen Höhepunkt erreicht, welcher alle Körperfunctionen schwächt und den Tod durch Inanition näher rückt. Es ist daher eine dringliche Indication, dem Diabetiker so viel Nahrung zuzuführen, dass er nicht nur leben kann, sondern dass seine Körperkräfte sich erhalten, dass der fortschreitenden Abmagerung entgegengearbeitet



wird. Die therapeutischen Aufgaben. welche hieraus erwachsen, sind: 1. zu berechnen. welche Nahrungsmittel und wie viel der Diabetiker haben muss, um seinen Körperbestand zu erhalten, respective zu erhöhen; 2. in welcher Form ihm diese Nahrung gereicht werden muss. um das erstrebte Ziel zu erreichen. Theoretisch erscheint die Aufgabe, wie ein Diabetiker ernährt werden soll, leicht zu lösen. Aber die Ausführung stösst in der Praxis auf grosse, mitunter unlösbare Schwierigkeiten. Diese Schwierigkeiten haben zu der Einsicht geführt. dass es nur selten und nur in leichten Fällen von Diabetes möglich ist, den Patient ausschliesslich mit Fleisch (Eiweiss) und Fett hinreichend zu ernähren, dass die grosse Mehrzahl der Kranken auf die Dauer nicht existiren kann, ohne eine gewisse Menge von Amylaceen (Gemüse und Brot) zu sich zu nehmen. Namentlich ist es kaum möglich. einem Patienten die erforderliche Menge Fett (200 bis 250 Grm.) ohne Brot beizubringen. Auch gelingt es nur sehr allmälig, die Patienten von ihrer gewohnten und beliebten Art der Ernährung abzubringen und sie an reichliche Fett- und Eiweissnahrung zu gewöhnen. Der Kranke muss langsam zu der Quantität und Qualität erzogen werden, welche ihm gebührt. Des Weiteren hebt Verf. den Werth der Brunnencuren in Carlsbad, Neuenahr u. a. hervor. welcher durch langjährige Erfahrungen festgestellt ist. Die alkalischen Wässer erleichtern die Zuckerumsetzung im Körper.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

664. ***Formalin, seine therapeutische Verwerthung.*** *Versuche von den DDr.* ***J. Kóna, Fr. Tausik, Preisach*** *und* ***Meisel.*** *(Magyar Orvosi Arch. Bd. II. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 28.)*

Als Formalin bezeichnet man die 40%ige wässerige Lösung des Aldehydes der Ameisensäure, Formaldehyd, $COH_2$. Im Jahre 1892 zeigten *F. Berlioz* und *A. Trillat,* dass die Dämpfe des Formaldehyd von thierischen Geweben rasch absorbirt werden und dass diese Dämpfe im Stande sind, die Entwickelung der Bacterien zu hindern. Auf Warmblüter ist die schädliche Wirkung eine verhältnissmässig geringe. Das Formalin hat einen nicht unangenehmen, aber immerhin etwas stechenden Geruch. Die nun folgenden, von den ungarischen Forschern ausgeführten Versuche sind die ersten Berichte über die therapeutische Wirkung dieser Lösung des Formaldehydes. Die einfache Zusammensetzung des Formaldehydes, dessen rasche Oxydirbarkeit, beziehungsweise dessen Fähigkeit, Körper. welche leicht Sauerstoff abgeben, zu reduciren, machen diese Versuche besonders interessant. Doch wird gerade bei diesem Mittel eine grosse Erfahrung an Kliniken vorausgehen müssen. bevor man es in der Privatpraxis zur Anwendung bringt. Am pharmakologischen Institut hat *J. Kóna*, Assistent des Prof. *A. Bókay* in Budapest. mit 0·5—1·0 Formanilid subcutan oder per os bei gesunden Kaninchen die Temperatur in einer halben Stunde um 1—1·5° C. herabsetzen können. Das Wiederansteigen der Temperatur erfolgt allmälig innerhalb 2 Stunden. Formalin hat eine



ausgesprochene local anästhesirende Wirkung, welche der des Cocains nahe kommt. Der Anästhesirung geht eine erträgliche Schmerzempfindung voraus. *Fr. Tausik* (I. intern. Klinik in Budapest) erprobte die schmerzstillende Wirkung, welche weder dem Antipyrin, noch dem Antifebrin nachsteht, durch interne Verabreichung (in maximo 0·5 Grm. pro die) bei Neuralgia intercostalis, Hemicranie, Tumor cerebri, Lues, Colica saturnina, Tabes dorsalis, Coxitis, Lumbago, Myelitis, Cholelithiasis. Die antirheumatische Wirkung erreicht nicht die des Natr. salicyl. Die antipyretische Wirkung wurde bei Perityphlitis, Exsudat. pleurit. purul., Polyarthr. acuta, Malaria, Tuberc. pulm., Pneumothorax. Typhus abdomin. geprüft und erfolgte schon auf 0·1 Grm. innerhalb 5 Minuten; auf 0·25 Grm. betrug sie in minimo 0·4°, in maximo 3·6° C. und dauerte in minimo 3, in maximo 14 Stunden. Schweiss und Schüttelfrost oder anderweitige unangenehme Nebenerscheinungen treten dabei, sowie beim Wiederansteigen der Temperatur, das allmälig geschieht, nicht auf. Das Formalin hat also Vorzüge vor dem Antipyrin und Antifebrin. *Preisach* in Budapest wendete mit Erfolg das Formalin als Analgeticum bei schmerzhaften Schlingbeschwerden durch Perichondritis tuberculosus und Epiglottitis catarrhal. acuta in Form von Insufflationen an (aa. mit Amylum). Anfangs spüren die Kranken lebhaftes Brennen, das bald einer 3—16stündigen Analgesie weicht. Die Wirkung ist nicht schwächer wie die des Cocains und Antipyrins, aber viel andauernder. *Meisel* in Budapest benützte das Formalin als Anästheticum und Analgeticum in 16 Fällen luetischer Geschwürsprocesse am Pharynx, Zunge und Mundschleimhaut, um die Lapistouchirungen erträglich zu machen, ferner in 14 Fällen zur Anästhesirung der Harnröhre vor dem Endoskopiren, auch bei zwei Fällen subcutan) bei Eröffnung phlegmonöser Abscesse. Es wurden 2—3%ige lauwarme, wässerige Lösungen angewendet. Die Resultate waren immer zufriedenstellend. 6 Ccm. der Lösung in die Harnblase gebracht, bewirkten eine Cyanose von 6 Stunden Dauer. Sonst wurden keine unangenehmen Erscheinungen beobachtet. *O. R.*

665. ***Behandlung der Bleikolik durch Olivenöl in hohen Gaben.*** *Von **Weil**. (Semaine méd. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1893.)*

Verf. hat mit Erfolg 5 Fälle von Bleikolik durch Einführung von Olivenöl in hohen Dosen behandelt. In der Regel gab er dem Patienten pro die ein Glas Olivenöl zu trinken. In allen Fällen erfolgte nach 3—5 Tagen Heilung. Gewöhnlich stellten sich mit der Abnahme der Beschwerden copiöse Stühle ein, indessen liessen bereits vor der Entleerung, unmittelbar nach Application des ersten Glases Olivenöl, die Schmerzen erheblich nach. Hieraus geht hervor, dass bei Bleikolik das Olivenöl, abgesehen von seiner abführenden Wirkung, schmerzstillend auf den Darmcanal wirkt. Bei einem der 5 Patienten wurden die beiden ersten Dosen Olivenöl nicht vertragen, sondern erbrochen. Es trat keine Besserung ein. Erst das dritte Glas, welches nicht erbrochen wurde, führte eine reichliche Entleerung herbei, während gleichzeitig die Schmerzsymptome vollkommen verschwanden. Bei einem anderen Patienten, bei welchem vorher Belladonna und andere Mittel ohne Erfolg angewandt waren,



trat sofort nach dem ersten Glase Olivenöl Besserung ein. Patient genas nach 5 Gläsern Oel. In allen Fällen verschwanden nicht nur die eigentlichen Schmerzsymptome, sondern auch die anderen Symptome der Bleivergiftung: Myalgie, Arthralgie, ferner Anästhesien der Haut, Kopfschmerzen und Schwindel.

666. ***Jodwasser gegen Influenza.*** *Von Dr. **G. Müller,** Posen. (Der ärztl. Prakt. 1893.)*

Nach Verf.'s Erfahrungen während der Influenza-Epidemie im Winter 1891—92 ist das freie Jod in Form der Aqua jodata ein Heilmittel dieser Seuche. Die Wirkung dieses Mittels ist spätestens nach 24 Stunden deutlich erkennbar, am schnellsten wirkt es in schmerzhaften Fällen, bei Kolik u. s. w. Bekanntlich ist Aqua jodata eine Lösung des reinen Jods in 5000 Theilen Wasser. Es empfiehlt sich, diese Lösung erst beim Gebrauch jedesmal frisch zu bereiten. Dies geschieht in folgender Weise: Man verschreibt: Tinct. Jodi 2·0, — Spiritus 4·0. M D. S. Zweimal täglich 5 Tropfen in einem halben Glase Wasser; die Quantität des letzteren muss mindestens 50 Grm. betragen. Am besten ist es natürlich, destillirtes Wasser zu verwenden, indessen ist auch Leitungswasser geeignet. Man kann das Wasser mit reinem Zucker versetzen, allein jeder andere Zusatz ist verboten.

667. ***Drei Fälle von Vergiftung durch Atropin.*** *Von Professor **C. Binz,** Bonn. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 2. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. Juli.)*

Verf., der seit längerer Zeit die gegengiftige Wirkung des Morphins bei Atropinvergiftung mit klinischen und experimentellen Beweisen vertheidigt hat, bringt hier drei neue lehrreiche Fälle, von denen einer von ihm in Gemeinschaft mit Prof. *Schultze*, Bonn, beobachtet worden ist. In dem einen Falle wurde kein Morphin als Gegengift gegeben, der tobende Zustand des Pat. dauerte in unverminderter Heftigkeit 2 Tage an. In den beiden anderen Fällen hörten die furibunden Atropindelirien sofort nach der Morphiumzufuhr auf. Das sind augenfällige Beweise, dass man die bei manchen Autoren fortbestehende Gegnerschaft gegen die Lehre von der Gegenwirkung des Morphins bei Atropinvergiftung kaum begreift. Dass das Morphin nicht in jeder Atropinvergiftung und nicht in jedem Stadium einer solchen passt, sondern nur in dem Stadium der Erregung, nicht in dem des Collapses, hat Verf. früher schon betont. Ebenso, dass an Stelle des Morphins in dem Erregungszustand Chloralhydrat verordnet werden kann; bei letzterem ist nur die schwächende Wirkung auf das Herz viel grösser und die Anwendung des Chloralhydrat erheischt also grössere Vorsicht. Beachtenswerth ist der Hinweis des Verf., dass in dem Stadium der Atropinerregung keine Herzexcitantien gegeben werden dürfen, was sich namentlich gegen die schablonenmässige Verabfolgung von schwarzem Kaffee richtet. Kommt der Arzt so frühzeitig zu einer Atropinvergiftung, dass er das Atropin noch theilweise im Magen vermuthen kann, dann mag es zunächst Tannin geben, welches das Atropin aus seinen Salzen als schwer lösliches Tannat niederschlägt und seine Resorption verzögert. Auch Pilocarpin ist ein Gegenmittel, aber wegen seiner eminent herzschwächenden Wirkung ein sehr zweischneidiges und gefähr-



liches. Sein Antagonismus tritt am deutlichsten hervor durch die mächtige Anregung der durch Atropin stillgestellten Secretionen; aber deren vorübergehende Abwesenheit bedingt keine unmittelbare Lebensgefahr. Deshalb halte man sich mit allen diesen Dingen nicht auf, sondern greife im Excitationsstadium der Vergiftung ohne Bedenken zum Morphin und injicire dasselbe subcutan in dreisten Dosen.

668. ***Ueber eine neue Behandlungsmethode des Morbus Brightii.*** *Von Dr. **P. Netschajeff**, Moskau. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 20.)*

Nachdem *Mannaberg* den Nachweis geführt, dass die acute Nephritis durch einen Mikroorganismus bedingt sei, welcher mit dem Streptococcus des Erysipels grosse Aehnlichkeit besitzt, erschien es geboten, auch bei der Therapie auf diese Aetiologie Rücksicht zu nehmen. Man kann bei der Behandlung bacterieller Krankheiten von zwei Gesichtspunkten ausgehen, indem man entweder versucht, den Mikroorganismus in loco morbi zu tödten, oder indem man es unternimmt, den Organismus derart zu verändern, dass derselbe als Nährboden für die betreffenden Bacterien nicht mehr geeignet ist. Die Wirkung der specifischen Mittel, wie des Natr. salicyl. bei acutem Gelenksrheumatismus, des Quecksilbers und Jods bei Syphilis, des Chinin bei Malaria, beruht höchst wahrscheinlich nicht auf einer Tödtung der Bacterien, sondern darauf, dass die Säfte des Organismus in Folge der Beimischung dieser Arzneimittel ein schlechter Nährboden für die Mikroorganismen werden. Verf. versucht nun mittelst Arzneimittel den Chemismus des Harnes zu ändern und auf diese Weise auf die Mikroorganismen einzuwirken. Im Jahre 1890 wurde von *Ehrlich* und *Leppmann* zuerst das Methylenblau angewendet und gefunden, dass dieses Mittel sehr bald durch den Harn ausgeschieden wird, weshalb *Ehrlich* geradezu warnte, dasselbe bei Nierenaffectionen anzuwenden. Trotz dieser, auf rein theoretischen Voraussetzungen beruhenden Warnung begann Verf., gestützt auf seine Beobachtungen an Culturversuchen, Kranken mit acuter Nephritis Methylenblau zu verordnen. Das Resultat war ein sehr günstiges, indem die Krankheitserscheinungen von Seite der Nieren in kurzer Zeit verschwanden. Das Methylenblau wurde in Oblaten innerlich zu 0·1 Grm. dreimal täglich, Morgens, Mittags und Abends verabreicht, und zwar an jedem zweiten Tage. Gewöhnlich war bereits nach einer Stunde der Harn blau gefärbt, und am Tage nach der Anwendung des Mittels war die Menge desselben stets bedeutend vermehrt, allmälig verschwanden das Eiweiss, sowie die Cylinder. Die Oedeme beginnen bald zu schwinden; ebenso vermindert sich rasch der Eiweissgehalt und nach kurzer Zeit findet sich überhaupt kein Eiweiss mehr im Harn. Da eine verstärkte Diurese in erster Reihe wahrzunehmen ist, so könnte man versucht sein, das günstigste therapeutische Resultat allein auf die diuretische Wirkung des Mittels zurückzuführen. Dieser Einwand ist nicht stichhältig, denn es gelang Verf. nie, eine diuretische Wirkung zu erzielen, wenn er das Mittel bei Kranken anwandte, welche an Compensationsstörungen in Folge von Herzleiden oder an Lebercirrhose litten.



669. ***Ueber ein neues, sehr eiweissreiches und billiges Nahrungsmittel.*** *Von Prof. P. Fürbringer. Aus der Sitzung der medicinischen Gesellschaft in Berlin vom 8. Februar 1893. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 28.)*

Verf. empfiehlt die sogenannte Erdnussgrütze, von Dr. *Noerdlinger* in Bockenheim aus den Samen einer besonders im mittleren Afrika als Volksnährmittel sehr beliebten alten Culturpflanze, der Arachis hypogaea, hergestellt. Sie liefert auch das sogenannte Katjangöl und den in der Viehzucht verwendeten Erdnusskuchen. Die Grütze übertrifft an Eiweissgehalt weit die Hülsenfrüchte, er beträgt nämlich 47% neben je 19% Fett und Kohlehydraten. Die Samen schmecken bitteren Mandeln ähnlich. Der Preis der Grütze beträgt 40 Pfennige pro Kilogramm. Verf. hat sie an den Patienten des Krankenhauses Friedrichshain auf ihre Verwerthbarkeit als Nährmittel geprüft und dabei auf Geschmack, Bekömmlichkeit, Haltbarkeit und Ausnützung des Präparates geachtet. In Form einer Bouillonsuppe, die etwa den Geschmack der Hafermehlsuppe hatte, wurde die Grütze 120 Personen, auch Gesunden, als Kost gereicht. Die Hälfte, darunter auch Magen- und Darmkranke, nahmen die Suppe gern und vertrugen sie auch gut. Ein kleiner Theil fand sie widerlich, der Rest leidlich. Die Suppe wird sehr gut ausgenützt, während die trockenen, gerötheten Samen zwar eine grössere Delicatesse, aber sehr schlecht verdaulich sind, daher sie sich im Stuhl ganz unverändert wiederfinden. Aus dem Samen lassen sich auch noch andere Nährmittel herstellen: Backmehl, Cakes, Macronen, Kaffee. Die Erdnussgrütze würde sich als Nährmittel besonders für Krankenhäuser, Siechenanstalten, Gefängnisse u. dgl. empfehlen, zumal sich der Preis der Erdnüsse in nächster Zeit noch wesentlich erniedrigen wird. Als ein eiweissreiches und stärkearmes Präparat eignet es sich auch noch zur Ernährung von Fettleibigen, Diabetikern und Nierenkranken, sowie zur *Playfair*'schen Cur. In der dem Vortrage folgenden Discussion bezweifelt *Leppmann* die Verwerthbarkeit der Erdnüsse als Volksnährmittel. Man hat in Gefängnissen sehr üble Erfahrungen bei den Versuchen zur Einführung neuer pflanzlicher Nährmittel mit hohem Eiweiss- und Fettgehalt gemacht. Jede Spur eines üblen Geschmackes hindert ihre dauernde Verwendung. So ist es auch unter Anderem dem Aleuronat ergangen. Zur Massenernährung sind diese Surrogate auch nicht billig genug. Kostet doch die natürliche Verpflegung, die vollkommen den *Voit*'schen Anforderungen entspricht, gegenwärtig in den Gefängnissen nicht mehr als etwa 50 Pfennige täglich und ist dabei reichhaltig, mannigfach und schmackhaft.

670. ***Behandlung der Nierensteinkolik.*** *Von Grasset. (Montpellier méd. 1893. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 23.)*

Verf. gibt zur Behandlung der Nierensteinkolik folgende Vorschriften: Warme Bäder von $\frac{1}{2}$—$\frac{3}{4}$stündiger Dauer, nöthigenfalls noch Abends zu wiederholen; stündlich oder halbstündlich Chloroformwasser (150·0 auf 100 Aqu. Tiliae) und 50 Syr. flor. Aurant., ein Esslöffel p. d.), oder wenn dies nicht ertragen wird, Inhalation von 20 Tropfen Chloroform und eine subcutane Injection von 1 Grm. einer Morphium-Atropinlösung (Morph. 0·1, Atrop.



sulf. 0·005, Wasser 10); wenn Chloroformwasser ertragen wird, sollen ausserdem $^1/_4$—$^1/_2$stündlich 200 Grm. Olivenöl mit Münzenessenz genommen werden; Clysmen mit 25·0 Natrium sulfuric. in einem Infus aus 8·0 Fol. Sennae. Als Nahrung dient Suppe und kalte Milch. — Bei subacuter Kolik soll jeden Morgen ein Glas Olivenöl. jeden Abend ein warmes Bad genommen werden; 4mal des Tages ferner 5—10 Tropfen Tinctura Boldo, sowie Morgens und Abends eine Pille aus je 0·01 Podophyllin oder Evonymin, Extr. Belladonnae und Pulv. Belladonnae; endlich zweistündlich 1—2 Esslöffel Vichy-Wasser mit Zusatz von 15%iger Natriumsulfatlösung. In den freien Intervallen werden Bewegungen. kalte Abreibungen und Massage, als Speisen werden grüne Gemüse. wenig Zucker, kein Fett, wenig Eier erlaubt. Ein ganzes Jahr hindurch sollen 10 Tage lang abwechselnd ein Glas Vichy-Wasser und 10—12 Tropfen Tinctura Boldo vor jeder Mahlzeit genommen werden. ferner 2mal in der Woche Morgens nüchtern ein Glas Olivenöl. 2mal des Jahres ist die Cur auf einen Monat zu unterbrechen und während dieser Zeit täglich eine Flasche Vichy-Wasser in kleinen Gläsern $^1/_2$stündlich zwischen den Mahlzeiten zu trinken.

671. ***Die Behandlung der Cholera infantum.*** *Von Dr. M. Gross, New-York. (Therap. Monatsh. 1893. Mai.)*

Die vom Verf mitgetheilte Behandlung der Cholera infantum ist hauptsächlich eine hygienisch-diätetische und erst in zweiter Reihe eine medicamentöse. Im ersten sogenannten Hitzestadium der Krankheit, wo nicht selten Temperaturen von 40·5° C. zu finden. gelang es fast immer, die Krankheit zu coupiren. Erbrechen und Durchfall bestehen noch nicht. dafür aber oft die heftigsten Convulsionen in Folge der abnorm gesteigerten Temperatur. Zuerst machte er eine hohe Irrigation mit frischem Wasser und schloss daran eine Abreibung mit Alkohol, zur Hälfte mit Eiswasser gemischt. Gelang es nun nicht, auf diese Weise die hohe Temperatur und die Convulsionen zum Schwinden zu bringen, so zögerte Verf. nicht, Antipyrin in grösseren Dosen (0·15—0·5 pro dosi) zu verordnen und so ist es ihm noch immer gelungen, die Krämpfe zu beseitigen. Wenn nun die kleinen Patienten nach einem ruhigen Schlafe erwachten, verordnete Verf. folgende strenge Diät. Für die ersten 24 Stunden nach dem Anfall machte er keinen Unterschied in der Diät bei Brust oder künstlich genährten Kindern, und zwar verbot er vor Allem die Milch, die Kinder bekommen Schleimsuppen, gekochtes Zuckerwasser, Thee, Alles dies in kleinen Mengen und sehr oft. Ferner ordnete er eine Salzwasserirrigation einmal in 12 Stunden an und nachdem er noch einige Calomelpulver (à 0·01—0·02) alle zwei Stunden bis 6 Pulver geben liess, kann man dann mit Ruhe die nächsten 24 Stunden abwarten, nach deren Verlauf die Kinder fast immer wohl und munter sind. Es kommt eben nicht zur Entwicklung der Krankheit. Nach Ablauf der 24 Stunden liess ich den Brustkindern die Brust. wenn auch nicht so oft. reichen; bei den künstlich ernährten hielt ich noch weitere 2—3 Tage vorsichtshalber mit der obigen Diät an. um erst dann allmälig zur gewöhnlichen Kost überzugehen. Bei entwickelter Krankheit. wenn selbe erst 6—12 Stunden



gedauert hat, tritt dieselbe strenge Diät wie oben beschrieben ein. Ausserdem bekommen die kleinen Patienten 3—4stündliche Salzwasserirrigationen (1%ige Lösung jedesmal mit 1—1½ Liter Flüssigkeit); durch diese doppelte Zufuhr von Flüssigkeit hört gewöhnlich das Erbrechen nach kurzer Zeit auf und vermindert sich die Diarrhoe. Ferner wird den Müttern eingeschärft, die Kinder im Freien zu halten, womöglich bis spät in die Nacht hinein, ein sehr wichtiger Punkt. Bei Brustkindern wird diese Diät nicht eher geändert, bis nicht das Erbrechen ganz aufgehört und die Stühle sich stark verminderten, bei künstlich genährten Kindern bis nicht die Krankheit fast ganz zurückgegangen ist. Mit fortschreitender Besserung werden auch die Irrigationen vermindert, und zwar bis auf 1—2mal täglich. Medicamente verordnet Verf. in den ersten Tagen:

Rp. *Calomel* *0·005—0·015,*
*Saloli* *0·1—0·2,*
*Sacchari* *0·3,*
*M. f. pulv. t. d. Nr. VI.*
S. 2stündlich 1 Pulver

in gekochtem Wasser, und zwar pflegte er diese Pulver nur einmal zu verschreiben. Wenn die Krankheit schon einige Tage angehalten hat, dann verordnete er

Rp. *Saloli* *0·1—0·2,*
*Sacchari lactis* *0·3,*
*M. f. p. t. d. Nr. X.*
S. 2stündlich 1 Pulver

in gekochtem Wasser. Ferner verordnete er selten gleichzeitig, meistens nach dem Salolpulver:

Rp. *Acidi mur. diluti* *15·0,*
*Pepsini* *4·0.*
S. 4mal täglich, 2—3 Tropfen.

Dies wird nun länger fortgesetzt bis die Verdauung wieder hergestellt ist. Mehr chronisch gewordene Dünn- und Dickdarmcatarrhe, die trotz Diät und Irrigationen nicht zurückgeben, behandelt Verf. mit Salolpulver und nach Reinigungsclystieren, Irrigationen mit 1%iger Tanninlösung. Wollte das Erbrechen selbst am 2.—3. Tage nach Beginn der Erkrankung nicht aufhören, dann wurde eine tägliche Magenausspülung mit sehr schwachen Salzsäurelösungen vorgenommen. Um das Erbrechen der Medicamente zu verhindern, lässt sie Verf oft im kalten schwarzen Kaffee geben. Werden die Kinder in collabirtem Zustand gebracht, dann nimmt er sofort eine Magenausspülung mit warmem Wasser vor und verordnet 3—4stündlich Salzwasserirrigationen abwechselnd mit heissen Senfbädern; ferner Analeptica tropfenweise auf die Zunge des Kindes. *O. R.*

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

### 672. *Zur Casuistik der complicirten Schädelbrüche.*

*Von Dr. Paul Klemm, Riga. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XXXVI. 42.)*

Seitdem die neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Hirnphysiologie dem Kliniker die Diagnose einer Gehirnerkrankung so



wesentlich erleichtert haben, sind auch von der Chirurgie operative Eingriffe nach Schädel-, respective Hirnverletzungen unter dem Schutze der Asepsis wieder vielfach geübt worden. Verf. führt uns 8 Fälle vor, bei denen nach Schädelverletzungen operativ vorgegangen wurde. Der erste Fall betraf einen 30jährigen Mann, der durch eine explodirende Flinte starke Verletzungen des Gesichtes und der linken Stirnhälfte erlitt. Nach Extraction einer 3 Zoll langen Schraube entleert sich zertrümmerte Hirnmasse. Im Verlaufe clonische Krämpfe im rechten Arm. Abmeisselung der Knochenwände, Entfernung der Splitter, Jodoformgaze-Verband. Heilung. Hier handelte es sich um eine ziemlich bedeutende Verletzung des linken Frontallappens. Im 2. Falle handelte es sich um eine complicirte Schädelfractur mit folgender Abscessbildung zwischen Knochen und Dura. Nach Entfernung der absperrenden Knochenfragmente und Entleerung des Eiters Heilung. Der 3. Fall zeigt so recht die gute Wirkung der primären Trepanation bei Splitterfracturen. Wunde über den rechten Tuber frontalis, zertrümmerte Hirnmasse. Entfernung der Knochensplitter, Glättung der Knochenränder. Heilung. Im 4. Falle vermochte die ausgeführte Operation das letale Ende nicht abzuwenden. Es handelte sich um einen ausgebreiteten Erweichungsheerd im linken Schläfelappen, der im Gefolge einer Verletzung der linken Schläfe eingetreten war. Bei dem Patienten war in vollendeter Weise die „*Wernicke*-sche sensorische Aphasie“ zu beobachten. Der 5. Fall betrifft eine starke Zerschmetterung der linken Schläfenschuppe durch einen Hieb mit einem Hammer. Die Pat. erlag trotz Operation, durch welche Knochensplitter entfernt wurden, die die Dura durchbohrend tief in's Gehirn eindrangen, der Verletzung. Die Obduction ergab starke intercerebrale Hämorrhagie mit ausgedehnter Zertrümmerung der Hirnsubstanz in der Gegend des Streifenhügels. Im 6. Falle (Eindringen eines Nagels in den Schädel) waren die Anfangssymptome nach der Verletzung sehr gering. Pat konnte noch umhergehen, laut sprechen. Allmälig traten Druckphänomene auf. Mit Recht wurde eine Blutung angenommen und trepanirt. Leider waren die durch die Blutung gesetzten Veränderungen in der betroffenen Hirnpartie bereits so hochgradige, dass Pat. drei Tage nach der Operation starb. Die 7. Krankengeschichte betrifft eine Schädelverletzung, in deren Gefolge „verbale Aphasie“ auftrat. Die fast 4 Wochen nach der Verletzung ausgeführte Operation, Abmeisselung und Entfernung dislocirter Knochensplitter, Probepunction ergab kein directes Resultat, am 8. Tage ergoss sich jedoch aus der Wunde dicker Eiter. Nach Entleerung des bestehenden Hirnabscesses wesentliche Besserung, das Sprachvermögen stellt sich wieder ein. Im 8. Falle war gleichfalls, wie im vorangeführten, ein Hirnabscess diagnosticirt und deshalb die Operation angenommen worden. Verletzung durch mehrfache Hiebe mit Flaschen auf den Kopf, Sprache undeutlich, Opalsie, Schielen, Facialisparese. Operation nach 4 Wochen. Entleerung von stinkendem Eiter durch Einstechen des Messers in's Gehirn. Die Obduction des 3 Wochen post operationem verstorbenen Pat. ergab Eiteransammlung in den Ventrikeln. — Verf. fordert mit Recht bei der Stellung der Indication zur Operation strenge Unterschei-



dung der sofort nach der Verletzung auftretenden Symptome von den im Verlaufe allmälig sich einstellenden. Durch primäre Operation, Entfernung loser Knochensplitter, Glättung der Knochenränder wird man bei den meisten Schädelverletzungen im Stande sein, eine Infection des Schädelinneren hintanzuhalten und wird gleichzeitig auf die durch Blutung etc. gestörten Circulationsverhältnisse im Hirn einen günstigen Einfluss nehmen. Extravasirtes Blut ist operativ schwer zu entfernen, dagegen ist es Pflicht, bei diagnosticirter Blutung (in der Meningea media etc.) sich zur blutenden Stelle Zugang zu verschaffen und die Blutung durch Ligatur, eventuell Jodoformtamponade zu stillen. *Rochelt.*

673. ***Schädelfractur durch Schlag mit einer Mistgabel. Heilung.*** *Von* ***Korte****, Berlin. Berliner med. Gesellsch. 28. Juni 1893.*

An dem bewusstlosen Pat. wurden die Splitter entfernt, wegen Verdacht auf Hirnabscess im Verlaufe — Krämpfe der linken Körperhälfte, vorübergehender Verlust des Bewusstseins — ein Einschnitt in die Hirnwindungen gemacht. Es entleerte sich kein Eiter, wohl aber zertrümmerte Hirnsubstanz. Jodoformgazeverband. Heilung. *Rochelt.*

674. ***Zur Aetiologie der Cystitis.*** *Von Dr.* ***R. Wreden****, Assistenzarzt an der chir. Klinik des Prof. Ratimow zu St. Petersburg. (Centralbl. f. Chir. 1893. 27.)*

Der Befund der bacteriologischen Untersuchungen des Verf.'s, sowie der anderer Forscher (*Doyen*, *Hallé*, *Rousing*, *Morelle*, *Krogius*) deutete darauf hin, dass die Mehrzahl der Blasenentzündungen durch Darmbacterien, respective das Bacterium coli commune verursacht wird. Dieser Befund, wie auch die anatomische Beziehung des Mastdarmes zur Harnblase brachten Verf. auf den Gedanken, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Bacterienembolie, wie es *Rovsing* meinte, sondern um directe Infection vom Mastdarm aus handle. Eine solche Infection bei verschiedenartigen Verletzungen des Mastdarmepithels schien theoretisch sehr wahrscheinlich, da bei männlichen Individuen Mastdarm und Harnblase auf einer ziemlich grossen Strecke dicht an einander liegen und ein reiches Netz von Lymph- und Blutgefässanastomosen darbieten. Verf.'s Experimente an Kaninchen, die diese theoretischen Vermuthungen völlig bestätigten, waren auf folgende Weise angestellt. In den Mastdarm eines Kaninchens wurde heisses Wasser oder Krotonöl eingeführt, häufiger aber wurde die Verletzung des Darmepithels auf mechanischem Wege zu Stande gebracht. Zu diesem Zwecke wurde ein Platindraht, der am Ende, um Perforation zu vermeiden, zu einem ganz kurzen und platten Haken gebogen war, benutzt. Die erzielten Resultate sind folgende: 1. Verletzungen der Schleimhaut des Anus, selbst bei mehrfacher Wiederholung haben gar keinen Einfluss auf die Harnblase. 2. Jede Verletzung des Mastdarmepithels an der Grenze der Prostata und höher hat eine Cystitis zur Folge. 3. Der Charakter der Cystitis und ihr Verlauf hängt völlig von dem Grade der Verletzung der Mastdarmschleimhaut und vom Charakter des Entzündungserregers ab. 4. In den Fällen experimenteller Cystitis wurden im Harne Kaninchendarmbacterien oder Bacterienarten, die in das Rectum eingeführt worden waren, vorgefunden. 5. Verletzungen des Mastdarmepithels mit



darauffolgender Einführung in das Rectum von Fettsubstanzen (Vaselin, Oel etc.) weisen einen makroskopisch unbemerkbaren Uebergang derselben Substanzen in die Harnblase auf. Die Experimente wurden ausschliesslich an männlichen Kaninchen angestellt, da das dichte Aneinanderliegen des Mastdarmes und der Harnblase nur bei den männlichen Individuen vorgefunden wird, ferner weil das Auffangen des Harns mit Berücksichtigung aller antiseptischen und aseptischen Vorsichtsmassregeln bei den Weibchen mit den grössten Schwierigkeiten verbunden ist.

675. ***Die prophylaktische Behandlung des Tetanus.*** *Von **Verneuil.** Vortrag in der Acad. de méd. den 27. Juni 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 27. Juni.)*

Verf. machte die Erfahrung, dass selbst radicales Vorgehen, wie Excision des Herdes oder Amputation, zuweilen nicht den Wundstarrkrampf zur Heilung brächten, ja dass er oft erst nach diesen Operationen entstehe. Die einzig rationelle Therapie des Tetanus bestehe in der Prophylaxis, nämlich jede Wunde, bei welcher eine Berührung mit Erde, Dünger oder mit Pferden mittel- oder unmittelbar stattgefunden habe, als suspect anzusehen und die darin enthaltenen Keime zu zerstören. Derartige Wunden sind daher mit ganz besonderer Sorgfalt zu behandeln. Vor Allem ist die sofortige Vereinigung der Wunde zu verhindern; bei zu enger Wunde schreite man sofort zu genügender Erweiterung, um die Herde klaffend und der localen Behandlung zugänglich zu machen, und zwar geschieht das besser mit dem Thermocauter wie mit dem Messer. Man verfahre dabei so rasch und energisch als möglich, um der Entwicklung des Wundfiebers zuvorzukommen und vermeide es, alte inficirte Wunden zu verletzen, da der Tetanus schon ganz unerwartet noch nach Umlauf der gewöhnlichen Incubationszeit in Folge eines kleinen chirurgischen Eingriffes (Eröffnung eines Abscesses, Entfernung eines Splitters, einer Ligatur) ausgebrochen ist. Fremdkörper entferne man aus der frischen Wunde nur dann, wenn keine Gefahr da ist, den Infectionsherd zu vergrössern; sonst lasse man sie ruhig liegen und versuche, sie in loco unschädlich zu machen (mit dem Spray und permanentem Bade). Im Falle partieller Gangrän entferne man das Nöthigste mit dem Thermocauter lieber langsam und in mehreren Sitzungen, anstatt zu viel zu opfern und die Wunde unnütz zu vergrössern. Die Reinigung oder Sterilisation der so präparirten Wunde geschehe vorerst in dem permanenten Bade, wo dies unmöglich, mit dem Spray, oder mit oft wiederholter Injection einer antiseptischen Flüssigkeit in die Umgebung des Herdes; bei breiten Wunden wiederholtes Auflegen von heissen Compressen, mit antiseptischer Flüssigkeit durchtränkt. Am gebräuchlichsten davon sind: Chloral, Carbolsäure, Sublimat in mässiger Concentration und warm, auch Jodoformäther und -Oel. Kalte, sowie alle reizenden Flüssigkeiten sind im Allgemeinen zu vermeiden, da sie manchmal das Erscheinen tetanischer Zufälle beschleunigen. Bei Complication mit Lymphangitis. Phlegmone ausser Spray und Bädern die Pointes de feu, in das Unterhautzellgewebe eindringend. In Fällen, wo die Antisepsis unmöglich ist, kann die Cauterisation der suspecten Wunden (mit Caustica oder Glüheisen) in Anwendung kommen, wenn sie auch kein so treffliches Mittel zur Verhütung des Tetanus ist,



wie allgemein geglaubt wird. Auch die Behandlung der Wunden an den Extremitäten und gewissen Stellen des Rumpfes vermittelst Wasserdampfes kann durch Tödtung der schädlichen Keime Dienste leisten.

676. ***Ueber perineale Lithotripsie und über die Behandlung von Blasensteinen bei vorhandener Verengerung der Harnröhre.*** *Von Dr. M. Bazy. (Annal. de Malad. des org. gén.-urin. 1893. Mai. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. Heft 7.)*

Die perineale Zertrümmerung von Steinen wurde von *Dolbeau* noch vor *Bigelow* empfohlen für Fälle, in denen die Steine zu gross waren, um durch den Schnitt am Perineum in toto entfernt werden zu können. Die vom Verf. nun empfohlene Zertrümmerung der Steine, bei welcher die lithotriptischen Instrumente durch eine angelegte perineale Boutonnière eingeführt werden, hat selbstverständlich weder mit den Indicationen noch mit der Ausführung der ursprünglichen Methode von *Dolbeau* Aehnlichkeit, sondern ist eine neue Operation, die mit der alten nur den Namen gemein hat. Die perineale Eröffnung verfolgt hier einen doppelten Zweck, erstlich eine vorhandene Verengerung der Harnröhre zu spalten, also radical zu heilen, und zweitens auf diesem Wege die Instrumente zur Zertrümmerung und zur Evacuation von Steinen einzuführen. In zwei ausführlich mitgetheilten Fällen bewährte sich das angegebene Verfahren. Im Anhange hebt der Verf. hervor, dass die Coincidenz von Verengerung der Harnröhre mit Stein keineswegs selten ist. Für diejenigen Fälle, wo die Verengerungen dilatabel sind, will Verf. sein Verfahren selbstverständlich nicht angewandt wissen. Gesetzt aber den Fall, es handle sich um sehr enge, nicht dilatable, mit Fisteln und periurethralen Schwielen combinirte Fälle, so stehen dem Operateur folgende Wege zur Verfügung: 1. Die innere Urethrotomie zu machen und im Anschlusse daran den Stein zu zertrümmern; 2. die äussere Urethrotomie zu machen oder 3. beide Methoden zu combiniren oder schliesslich den Stein durch den hohen Schnitt zu entfernen. Betreffs der Urethrotomie interne bemerkt der Verf., dass sie erstlich nur in einer gewissen Form von Stricturen mit Erfolg werde angewendet werden können, und dass es sich keineswegs empfehle, wie dies in Amerika üblich sei, unmittelbar nach gemachtem inneren Harnröhrenschnitt die Litholapaxie anzuschliessen, sondern dass diese Operation erst nach solider Vernarbung ausgeführt werden soll, wenn die Harnröhre genügend dilatabel geworden ist. An die äussere Urethrotomie dagegen kann ohne Schaden sofort die Zertrümmerung des Steines angeschlossen werden. Der hohe Blasenschnitt hat nur für jene Fälle Berechtigung, wo der Stein durch seine Grösse oder bedeutende Härte, auch wenn keine Verengerung vorhanden wäre, die Zertrümmerung contraindiciren würde. Verf. tritt mit Rücksicht auf die erwähnten Momente dafür ein, bei Steinen, die überhaupt der Zertrümmerung zugänglich sind und die mit schweren tiefsitzenden Stricturen combinirt sind, die Strictur von aussen her zu spalten und von dieser Wunde aus zu operiren, indem man auf diese Weise 1. die Verengerung heilt und das normale Caliber der Harnröhre herstellt und 2. ohne eine weitere Verletzung zu setzen und ohne die Gefahr zu vermehren, den Stein aus der Blase entfernen kann.



677. ***Ueber die vom Mastdarm ausgehenden Geburtsstörungen.*** *Von Eug. Holländer, Berlin. (Arch. f. Gyn. Bd. XLIV, Heft 1, pag. 149.)*

*W. A. Freund* in Strassburg machte kürzlich einen Kaiserschnitt wegen eines Mastdarmcarcinomes, dessen grosse und harte Massen einen Theil des Beckens verlegten. Die Operirte überstand den Eingriff. Die Frucht, 2400 Grm. schwer, kam lebend. Dieser Fall veranlasste Verf., gleiche Fälle, in denen das Mastdarmcarcinom die Geburt behinderte, aus der Literatur zusammenzustellen. Er fand deren nur 6, nämlich die von *Levret*, *Cruveilhier*, *Kürsteiner*, *Breslau-Kürsteiner*, *Kaltenbach* und *Löhlein*. Unter diesen 6 Fällen ging die Geburt 2mal spontan zu Ende. Je 1mal wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet, die Zange nach vorausgegangener Perforation angelegt, die Extraction bei bestehender Steisslage vorgenommen und der Kaiserschnitt gemacht. Von den Müttern starben 4 innerhalb 11 Tagen, 2 starben viel später nach glücklich überstandener Geburt. Verf. entnimmt daraus, dass, wenn der Tumor gross ist, der Kaiserschnitt unbedingt indicirt ist. Nur bei kleinen Tumoren wird man sich exspectativ verhalten können. Bei grösseren wird man die Wahl haben zwischen dem relativ indicirten Kaiserschnitt oder der Perforation der todten Frucht. Die künstliche Frühgeburt befürwortet er nicht. Gleichfalls sehr selten sind Geburtserschwerungen oder gar Geburtsbehinderungen bei anderweitigen Tumoren, die vom Rectum ausgehen. Retentionen von Fäcalmassen, namentlich bei Stenosen des Rectums, können den Geburtsverlauf erschweren. Insbesondere gilt dies bei Atresia ani vaginalis (Einmündung des Rectums in die Vagina). Inversion des Rectum stört den Geburtsverlauf nicht. Das Gleiche gilt von Vesicorectalfisteln. Die Proctocele vaginalis erforderte einmal die Zangenanlegung, ebenso wurde letztere einmal nöthig wegen Gegenwart von Fremdkörpern (Kirschkernen) im Rectum. Nach *Budin* machte Contraction des Levator ani die Zangenapplication 4mal nöthig. Zuweilen erschweren gutartige Neoplasmen des Rectums die Geburt, wie grosse Cysten des Rectums, Polypen desselben und cystische Tumoren im Bindegewebe zwischen Rectum und Vagina. *Gelström* musste einmal die Zange anlegen, weil eine grössere Ovarialcyste nach Riss der vorderen Rectalwand im Rectum lag und den Durchtritt der Frucht durch das Becken erschwerte.

*Kleinwächter.*

---

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

678. ***Exophthalmus, abnorme Pupillenreaction, sowie Augenmuskelstörungen nach Bleiintoxication.*** *Von Dr. Ludwig Bach. (Arch. f. Augenhk. 1893. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psych. 1893. Juli.)*

Ein 43jähriger Tüncher zeigte beiderseits Exophthalmus, und zwar rechts stärker als links, Ptosis, Lähmung und Parese verschiedener äusserer Augenmuskeln, ferner Lähmung ungleichen Grades der inneren Augenmuskeln. Pupillen nicht reflexempfindlich, auch bei der Convergenz unbeweglich. Wurde der Patient ein-

dringlich ermahnt, den vorgehaltenen Finger zu fixiren, so zeigten sich Oscillationen der rechten Pupille mit allmäliger Erweiterung. Die Erweiterung war eine beträchtliche, dauerte durchschnittlich circa 10 Secunden, worauf eine ziemlich rasche Rückkehr in weniger ausgesprochenen Oscillationen zur Ursprungsweite erfolgte. In fast gleicher Weise wirkte der angestrengte und anhaltende Versuch, die Augenlider zu heben, sowie eine forcirte Blickrichtung nach der Seite der am meisten betroffenen Muskeln. Sehschärfe R = $^1/_3$ bei einem hypermetropischen Astigmatismus; doch wurde diese Herabsetzung schon vor vielen Jahren von einem Augenarzt festgestellt, L.-S. = 1. Farbenperception normal links, rechts Unsicherheit, Ophth. normal. — Die Anamnese ergab Bleiintoxication, eine vorübergehende Lähmung des rechten Armes vor 2 Jahren. Die Lähmung des rechten Auges sei um eben diese Zeit plötzlich aufgetreten, die anderen Symptome sollen allmälig aufgetreten sein. In Bezug auf das Vorhandensein von cerebrospinalen Erscheinungen untersuchte Privatdocent *Sommer* den Fall. Das Resumé des diesbezüglichen Berichtes ist: Symptomencomplex der Tabes dorsalis in Verbindung mit einer Reihe anderer Symptome von Seiten des Nerven- und Gefässsystems. Wahrscheinlich schon anatomisch nachweisbare Veränderungen, nämlich Rückenmarksdegenerationen ein Theil der Symptome jedoch direct aus der Bleiintoxication zu erklären. Interessante Combination von eventuell anatomisch nachweisbarer Nervenzerstörung mit blosser Intoxication — ohne anatomische Zerstörung. Der Exophthalmus wurde während der halbjährigen Beobachtungszeit allmälig, aber deutlich geringer. Den Exophthalmus führt Verf. auf eine Sympathicuserkrankung, und zwar auf eine Erkrankung der Medulla oblongata, zurück. Es dürfte sich dabei weniger um eine schwere anatomische Läsion des betreffenden Bezirkes handeln, als vielmehr um einen chemischen Process, eine Giftwirkung auf die betreffenden Partien des Centralnervensystems. Für die von Seiten der äusseren Augenmuskeln vorliegenden Störungen besteht die Annahme einer Nuclearaffection. Bezüglich der inneren Augenmuskeln wird links eine vollständige Lähmung des Musc. sphincter pupillae und des Musc. ciliaris, und zwar eine Kernlähmung, angenommen. Das Eigenartige des beschriebenen Falles besteht in Folgendem: Nach einer Bleiintoxication trat eine Erkrankung des Nervensystemes auf, die sich durch gleichzeitiges Betroffensein der verschiedensten Apparate auszeichnet. Was die im Vordergrunde des Interesses stehenden Sympathicusstörungen betrifft, so ist daran vor Allem der Wechsel in der Intensität der Störung, welche im Allgemeinen als Reizerscheinungen auf toxischer Basis aufzufassen ist, hervorzuheben.

679. ***Ueber die Localisation der Syphilis in dem Corpus ciliare.*** *Von Dr.* ***M. Galezowski.*** *Soc. de Derm. et de Syph. (Annal. de dermat. et syph. 1893. 2. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 55.)*

Verf. betont, dass er zuerst mit dem Augenspiegel die Veränderungen der Ora serrata chorioideae gesehen und darauf hingewiesen habe, dass das Corpus ciliare vor allen anderen Augenaffectionen zuerst bei constitutionellen Erkrankungen des Körpers leidet. Nunmehr theilt Verf. seine Erfahrungen mit über die Veränderungen dieser Gegend im Verlauf der Syphilis. Seit mehr



als 7 Jahren beobachtete er Atrophien der Chorioideae und Exsudationen in der Ora serrata bei Kranken mit Sehstörungen, bei welchen der übrige Augenhintergrund vollkommen gesund war. Durch Construction einer besonderen Linse gelang es ihm, folgende Thatsachen zu eruiren: 1. Jedesmal, wenn eine syphilitische Iritis von einer Keratitis punctata begleitet ist, mag sie alten oder frischen Datums sein, findet man Stellen von Chorioiditis atrophica in der Ora serrata. 2. Bei parenchymatösen, interstitiellen Keratitiden, wenn sie auf Lues hereditaria beruhen, findet man im Corpus ciliare disseminirte Plaques in der Ora serrata, die sich manchmal auf das hintere Segment ausdehnen, aber am häufigsten auf die Ciliarregion beschränkt bleiben. 3. Bei syphilitischen, diffusen Chorioiditen mit Glaskörpertrübungen und Flocken sind immer atrophische Chorioiditen der Ora serrata vorhanden und die Flocken sind die Folge dieser letztgenannten Läsion. 4. Bei Pupillenatrophien fand Verf. stets atrophische und Pigmentchorioiditis der Ora serrata. 5. Bei Neuritis syphilitica cerebralis und cerebrospinalis fand sich auch die Ora serrata atrophisch erkrankt.

680. ***Beitrag zur Behandlung des otitischen Hirnabscesses.*** *Von Dr. F. **Kretschmann**, Magdeburg. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 29.)*

Auf Grund eigener Erfahrungen, worunter ein glücklich operirter Fall eines im Anschluss an eine chronische Mittelohreiterung entstandenen Hirnabscesses, spricht sich Verf. bezüglich Eröffnung derselben nach *Schede's* Verfahren dahin aus, dass der Weg von der Schädelbasis der zweckmässigste und natürlichste ist. Zur wirksamen Behandlung otitischer Hirnabscesse ist es nothwendig, die das Uebel verursachende Ohreiterung zu heilen. Diese Aufgabe erfordert eine ausgiebige Eröffnung der Hohlräume des Felsenbeins. Sind aber die Hohlräume des Felsenbeins einmal eröffnet, so ist es nicht schwer, von da aus weiter in die Schädelhöhle einzudringen durch Fortnahme der Bedeckung. Genügend Platz für ausgiebige Freilegung der Hirntheile lässt sich nöthigenfalls durch Fortnahme von Theilen der Schläfenschuppe erreichen. Grössere Aeste der A. meningea media wirken hier nicht störend, wie in der Schläfengegend. Für günstig erachtet Verf. auch den Umstand, dass der Abscess hier an seiner tiefsten Stelle getroffen wird, und dass bei Rückenlage des Kranken die besten Verhältnisse für Secretabfluss geschaffen werden. Die Richtung, in welcher das Messer einzuführen ist, würde nach vorn und oben mit einer geringen Abweichung nach innen sein. Man passirt auf diese Weise einen grösseren Durchmesser der Hirnmasse und läuft weniger Gefahr, den Seitenventrikel zu eröffnen, als wenn von der lateralen Wand des Schädels aus eingegangen wird. Nach *Körner* liegen die otitischen Hirnabscesse immer in der Nähe des inducirenden Theiles, also des Felsenbeins, und es ist daher darauf zu rechnen, dass man von besagter Stelle der Schädelbasis am sichersten zu dem Abscess gelangt. Hat es sich erwiesen, dass im Grosshirn sich kein Eiter findet, und will man die Kleinhirnhemisphäre blosslegen, so kann dies von der ursprünglich angelegten Operationsöffnung ebenfalls ohne grössere Schwierigkeit geschehen. Legt man von da aus den Sinus transversus, der leicht zu finden ist, frei, so kann

man durch Erweiterung der ursprünglichen Knochenöffnung nach hinten sich den Zugang zum Kleinhirn verschaffen, ohne fürchten zu müssen, den Blutleiter zu verletzen. Nach Verf. beruhen die Vortheile der von *Schede* angewandten Methode der Eröffnung otitischer Hirnabscesse darin, dass sich die Operation mit der gleichzeitigen Eröffnung der Warzenzellen naturgemäss vereinigen lässt, dass sie sowohl für Entleerung von Schläfenlappen, wie Kleinhirnabscessen verwendet werden kann, dass sie mit relativ grösster Sicherheit auf den gesuchten Abscess führt, dass sie günstige Verhältnisse für den Secretabfluss schafft und dass sie Schutzvorrichtungen gegen äussere Insulte überflüssig macht.

## Dermatologie und Syphilis.

681. ***Ueber Syphilis der Zungentonsille.*** *Von Dr.* **Seifert.** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 6. — Centralbl. f. Chir. 1893. 27.)*

Nach Verf.'s Beobachtungen nimmt in der Mehrzahl jener Fälle, in welchen der Rachen im Verlauf der constitutionellen Syphilis erkrankt ist, auch die Zungentonsille an dem Process in gleicher Weise Antheil, gehört also die syphilitische Erkrankung der Zungentonsille nicht zu den Seltenheiten. Die ersten Erscheinungen bestehen, ohne Beschwerden zu setzen, in einer Röthung und Schwellung der Zungentonsille und können bei rechtzeitiger Allgemeinbehandlung sich völlig zurückbilden. Im weiteren Stadium entwickeln sich auf der gerötheten und geschwellten Tonsille Papeln in verschieden grosser Zahl, die mit der Menge der an den Rachenorganen entwickelten Papeln im Allgemeinen übereinstimmt. Erst im dritten Stadium kommt es zu grösseren Beschwerden in Folge ulcerösen Zerfalles der Papeln. Auch nach Abheilung der letzteren kann noch für lange Zeit eine Hyperplasie der Zungentonsille bestehen bleiben.

682. ***Ist das Alumnol ein Specificum gegen Gonorrhoe?*** *Von Dr.* **Samter.** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 13. — Centralbl. f. Chir. 1893. 27.)*

683. ***Ueber die Wirkung des Alumnols auf die Gonorrhoe und einige andere Erkrankungen des Tractus urogenitalis.*** *Von Dr.* **Casper.** *(Ibidem.)*

An der *Posner*'schen Poliklinik wurde das von *Heinz* und *Liebrecht* dargestellte Alumnol geprüft. Die Ergebnisse stehen im Widerspuche mit dem Befunde von *Chotzen*, nach welchem danach die Gonococcen in 3—6 Tagen nicht mehr im Secrete gefunden wurden. In keinem einzigen Falle hatte sich nach 6tägigem Gebrauch der Zustand anders gestaltet, als man ihn bei irgend einer Injectionstherapie zu sehen gewohnt ist. Bei doppelt starker, 2%iger Lösung, die vom 6. Tage an gebraucht wurde, verschwanden nur in einem Falle am 10. Tage die Gonococcen dauernd. Bei 10 Versuchsfällen musste nach 4 Wochen zu besser bewährten Methoden übergegangen werden. Einen Vorzug vor anderen Mitteln kann *Samter* dem Alumnol deswegen keinesfalls einräumen. Waren seine Fälle alle uncomplicirt und nicht chronischer Natur, so prüfte *Casper* das Mittel an 40 Fällen acuter, chronischer und zum Theil



mit Complicationen gepaarter gonorrhoischer Affectionen. Bei acuter Gonorrhoe liess die Secretion nach, in einigen wenigen Fällen wurde sie verstärkt; dann äusserten die schwächeren Lösungen secretionsbeschränkende Wirkung. Erhebliche Schmerzen traten nie auf. Von 12 Kranken behielten 10 die Gonococcen. 7 heilten nach 5—6 Wochen, 5 Fälle wurden chronisch. Hiernach erklärt *Casper* in Uebereinstimmung mit *Samter's* Beobachtungen, bei acuter Gonorrhoe das Mittel für nicht schlechter und nicht besser als die früher gebräuchlichen. In 20 Fällen mit chronischem Tripper, darunter 8 mit typischer Gonorrhoe, blieb der Erfolg hinter der Arg. nitric.-Wirkung zurück. In 7 jener Fälle: Gleichbleiben und Stärkerwerden der Secretion, in noch 6 Fällen anhaltender Nachweis der Gonorrhoe und nur in einem Falle Schwinden der Gonorrhoe und Secretion nach 4 Installationen. Die 12 anderen Fälle (chronische Urethritiden) verschlechterten sich fast ausnahmslos. Vier Fälle von Epididymitisgonorrhoe mit nachfolgender knotiger Infiltration wurden auch nicht eher durch Alumnolumschläge zum Schwinden gebracht, desgleichen wollten Inguinallymphdrüsenschwellungen nach *Chotzen*'scher subcutaner Injection an Ort und Stelle nicht vergehen. Zwei Ulcera mollia schwanden schnell auf Alumnolbehandlung. Mikroskopische Untersuchung des Urins ergab nur Epithelien. *Casper* hält die Einwirkung für eine oberflächlich abhäutende.

684. ***Ueber die Behandlung vereiterter Bubonen mittelst subcutaner antiseptischer Spülungen.*** *Von Tronca.* *(Semaine méd. 1885. 17. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 40.)*

Verf. beschreibt folgendes Verfahren als das beste für die Behandlung eiteriger Bubonen: Nach vollständiger Desinfection der darüber liegenden Haut macht man mit dem Bistouri in der Peripherie des Abscesses einige kleine Incisionen von je 3—4 Mm. Länge; durch eine dieser Incisionen führt man eine Glas- oder Kautschukröhre ein, durch welche man langsam eine Irrigation der Abscesshöhle mit schwacher Lösung von übermangansaurem Kali ausführt. Diese Ausspülung wird so lange fortgesetzt, bis der Druck auch nicht einen Tropfen Eiter mehr aus der Abscesshöhle entweichen lässt und bis zur Flüssigkeit vollkommen klar wieder aus der anderen Incisionsöffnung herausströmt. Hierauf injicirt man durch dieselbe Incisionsöffnung, während die übrigen geschlossen werden, eine 3%ige Carbolsäurelösung oder 1‰ Thymollösung, bis die Abscesshöhle vollkommen ausgedehnt ist; die Flüssigkeit bleibt einige Minuten darin, hierauf lässt man sie ausströmen und endlich wird die Abscesshöhle wiederum mit einer übermangansauren Kalilösung ausgewaschen. Den Beschluss bildet eine abermalige Injection von einigen Gramm Jodoformöl, hierauf compressiver Verband mit Jodoformgaze auf der behandelten Partie. Nach Ablauf einiger Tage, während welcher vollkommene Ruhe bewahrt werden muss, wird der Verband erneuert. Man findet jetzt an der Stelle der Geschwulst eine Einsenkung, welche durch die Lagerung der Hautoberfläche auf den Grund des leeren Abscesses bewirkt wird. Man öffnet hierauf wieder die Incision mittelst einer Metallsonde, macht von Neuem subcutane Ausspülungen ganz wie zuerst, wobei man bereits eine sehr erhebliche Verkleinerung



der Abscesshöhle beobachten kann, deren Wände theilweise vielleicht nach der ersten Ausspülung vollkommen mit einander verklebt sind. Nach 3 oder 4 so ausgeführten subcutanen Spülungen kommt ein Jodoformgazeverband, d. h. ungefähr nach 12—20 Tagen ist die Heilung vollkommen. In 2 Fällen wurde sogar nach 5 Tagen vollkommene Genesung beobachtet.

685. ***Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramusculären Quecksilberinjectionen.*** *Von Dr. **Blaschko**. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. 43. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 24.)*

Das Streben, an Stelle des leicht löslichen Sublimats unlösliche Quecksilbersalze zur Behandlung der Syphilis zu verwenden, hat zu Versuchen mit einer grösseren Reihe dieser Salze geführt, die Anfangs in Gummilösung, später in Oel und schliesslich in Paraffinum liquidum suspendirt zur Anwendung kamen. Da letzteres Vehikel fast vollkommen aseptisch ist, kommt es kaum je zur Abscessbildung (Verf. hat unter 2500 Injectionen in den letzten 2 Jahren keinen einzigen Abscess gehabt). Von Quecksilbersalzen empfiehlt Verf. am meisten das Hydrarg. salicyl.; die Injectionen sind viel weniger schmerzhaft als die mit Sublimat, und werden 2mal wöchentlich ausgeführt; dabei kommt das Verfahren nach Verf. hinsichtlich der Wirksamkeit der Schmiercur am nächsten. Intoxicationserscheinungen werden weit seltener beobachtet als nach Calomelinjectionen. Jedoch hat auch dieses Mittel seine Nachtheile. Verf. hat wiederholt Zustände beobachtet, die zweifellos als Paraffinembolie in die Lungen zu deuten sind. Es kam bei mehreren Patienten unmittelbar nach der Injection zu heftigen Hustenanfällen (bis zu $^1/_2$ Stunde Dauer) mit Angstgefühl und Athembeschwerden, die mehrere Tage andauerten. In den Fällen, die genauer beobachtet werden konnten, sprach auch der objective Lungenbefund für die Wahrscheinlichkeit dieser Annahme. Verf. bringt diese Paraffinembolien in Parallele mit den Fettembolien nach Knochenbrüchen; doch ist, da die Wirkung zum grössten Theile eine mechanische ist, bei der geringen Menge der Injectionsflüssigkeit (1 Grm.) von der Paraffinembolie nicht viel zu befürchten (in den von Verf. beobachteten Fällen gingen auch immer nach einigen Tagen alle Symptome zurück). Die gleichzeitig beobachteten Reizungserscheinungen sind wohl dem Quecksilber zuzuschreiben. Immerhin dürfte es sich empfehlen, bei Lungenkranken von dieser Behandlungsweise abzusehen; bei Verdächtigen (phthisischer Habitus) injicirt Verf. kleinere Mengen. Zur Vermeidung derartiger Embolien dringt Verf. nach Durchstechung der Cutis mit der Canüle nur langsam vor, damit die etwa vorliegenden Gefässe ausweichen können. Sollte trotzdem eine Vene angestochen sein, so lässt sich die schädliche Wirkung dadurch abschwächen, dass man den Inhalt der Spritze in mehreren Portionen entleert Seit Anwendung dieser Vorsichtsmassregeln hat Verf. keine Zwischenfälle mehr beobachtet.

686. ***Ueber die Heilung oberflächlicher Epitheliome.*** *Von **Darier**. (Le Bullet. méd. 1893. 46. — Med. Neuigkeiten. 1893. 25.)*

In der Société franç. de Dermatologie et Syphiligr. demonstrirte Verf. fünf Kranke, welche früher an Epitheliom der Augenlider gelitten hatten und in sehr kurzer Zeit durch Touchirungen mit Methylenblau und Chromsäure geheilt worden waren. Diese

Methode hat den Vorzug, nicht schmerzhaft zu sein und eine rasche Heilung herbeizuführen, ohne hässliche Narben zu hinterlassen. Das Verfahren ist sehr zu empfehlen bei den gutartigen Formen von oberflächlichen Epitheliomen, wo man einen chirurgischen Eingriff vermeiden will. Zunächst müssen die Krusten von der exulcerirten Oberfläche entfernt werden, wozu Verf. Kataplasmen aus Kartoffelmehl anwendet, welches in einer Sublimatlösung (1 : 1000) gekocht wird. Wo ein stark hervorragender, dicker, verhornter Epithelialwulst besteht, müssen zuerst mit dem Galvanocauter sehr leichte Aetzungen gemacht werden, damit die chemischen Heilmittel bis zu den tiefen Lagern des Neoplasma vordringen können. Nachdem das Operationsfeld gut abgewischt ist, wird dasselbe anästhesirt durch eine leichte Wattecompresse, welche in eine 10%ige Cocainlösung getaucht ist. Sodann wird die ganze kranke Oberfläche mit einer concentrirten Lösung von Methylenblau (1 Grm. auf 5 Grm. Alkohol und 5 Grm. Glycerin) bepinselt. Alle blau gefärbten Partien werden hierauf mit einer Stahlsonde, welche in eine Lösung von Chromsäure (1 : 10) getaucht ist, leicht touchirt: man erhält eine Verfärbung in Purpur. Man trägt dann nochmals den Farbstoff auf und wischt dann den Ueberschuss an Farbe in der Umgebung sorgfältig ab. Verbunden wird entweder mit den oben angeführten Kataplasmen oder mit einfachen feuchten Sublimatcompressen, um die Bildung von Krusten, welche die spätere Behandlung verzögern würde, zu verhüten. Die Touchirungen werden vier- oder fünfmal in Zwischenräumen von 2—3 Tagen wiederholt; hernach gebraucht man nur mehr Methylenblau, bis die neugebildete Haut keine Farbe mehr resorbirt. Die Behandlung der oberflächlichen Epitheliome dauert 3 Wochen bis 2 Monate, je nach ihrer Ausbreitung (ungefähr einen Monat für den Quadratcentimeter). Bei den bösartigen Formen mit breiten und tiefen Indurationen muss man interstitielle Injectionen mit Methylenblau machen und ausserdem Touchirungen der Geschwürfläche; indess ist hier grosse Mässigung bei der Anwendung der Chromsäure geboten. Die unmittelbaren Resultate sind ausserordentlich gute, doch ist die Frage betreffend der Recidive noch offen.

687. ***Klinische und ätiologische Untersuchungen über Psoriasis.*** *Von Dr. **Nielsen**. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XV. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 26.)*

Die statistische Arbeit Verf.'s erstreckt sich auf das Material von 927 Psoriasisfällen. Was die Erblichkeit anbelangt, so konnte nicht bewiesen werden, dass die Entstehung der Affection bei mehreren Mitgliedern derselben Familie der Heredität beizumessen wäre, sondern es konnte ebenso gut Contagiosität im Spiele sein. Das *Köbner*'sche Experiment, durch Einritzen in die Epidermis Psoriasis zu erzeugen, scheint nur dann zu gelingen, wenn die Krankheit im Progressionsstadium ist, und auch dann nur in einem Theil solcher Fälle. Dass die Erkrankung bei Juden häufig vorkommt (bei Negern selten), ist bekannt. Was die pathogenetische Frage angeht, so ist die Psoriasis, da sie den Charakter eines blossen Hautleidens zeigt ohne Mitbetheiligung der Schleimhäute, ohne Fieberbewegungen, ohne Alteration des Allgemeinbefindens



und ohne pathologische Producte in den inneren Organen, kein Zeichen eines constitutionellen Leidens. Auch spricht sich Verf. gegen die Theorie eines neuropathischen und eines idiopathischen Leidens aus. Dagegen hat nach Verf. die parasitäre Theorie die allergrösste Wahrscheinlichkeit für sich, umso mehr, da die antiparasitären Mittel die wirksamsten sind. Der Beweis dafür ist freilich noch nicht erbracht. Die Behandlung ist somit fast nur eine äusserliche; sie muss aber so lange fortgesetzt werden, bis jede Spur der Efflorescenzen gewichen ist, sie muss ferner die Desinfection aller mit dem Pat. in Berührung gelangten Utensilien umfassen.

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

688. ***Die Gonococcen im Gewebe der Bartholinischen Drüse.*** *Von Dr. **K. Touton**. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, pag. 181. — (Centralbl. f. Chir. 1893. 27.)*

Verf. hat eine gonorrhoisch erkrankte *Bartholini*'sche Drüse histologisch zu untersuchen Gelegenheit gehabt. Er hat den ganzen Ausführungsgang — entgegen den Beschreibungen der Histologen — mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet gefunden. Die sehr starke rundzellige Infiltration in seiner Umgebung setzte sich zum Theil auch auf die Drüsensubstanz fort. Gonococcen konnten nur in dem Pflasterepithel tragenden Ausführungsgang, nicht aber in dem Cylinderepithel der Drüsensubstanz nachgewiesen werden und ebensowenig im Bindegewebe; sie lagen theils im Lumen in und zwischen dem Eiterkörperchen, theils auf und zwischen den oberflächlichen Epithelien. Verf. glaubt auf Grund dieses Falles, der mit seinen eigenen früheren Untersuchungen, sowie mit denen von *Jadassohn* an paraurethralen Gängen gewonnenen übereinstimmt, dass durch die Gonococceninvasion immer die nächstliegenden Epithelpartien „successive zur Umwandlung ihres einschichtigen Cylinderepithels in Pflasterepithel veranlasst werden, ehe die Gonococceninvasion dort beginnt“. Der Verf. ist also damit zu der *Bumm's* Auffassung direct entgegengesetzten Anschauung gelangt, dass wenigstens bestimmte Arten von Cylinderepithel für die Gonococceninvasion geradezu ungeeignet sind und erst einer Umformung bedürfen. Für unsere allgemein pathologische Auffassung von der Gonorrhoe ist diese Untersuchung von zweifelloser Bedeutung.

689. ***Die Kohlensäure- und Wasserausscheidung der Haut bei Temperaturen zwischen 30 und 39 Grad.*** *Von Dr. **Schierbeck**. (Arch. f. Anat. u. Physiol. 1893. 1—2. — Blätter f. klin. Hydrother. 1893. 7.)*

Kohlensäure- und Wasserdampfausscheidung der Haut ist zu wiederholten Malen an begrenzten Theilen der Körperoberfläche studirt worden, und diese Untersuchungen haben uns zum Theile über den Einfluss verschiedener innerer und äusserer Factoren auf diese Functionen Aufschluss gebracht, uns indess keinen sicheren Anhaltspunkt für die Beurtheilung der gesammten Kohlensäure



und Wasserdampfausscheidung der ganzen Körperoberfläche gegeben. Dies lässt sich nur durch eine directe Bestimmung der während einer gewissen Zeit von der gesammten Haut ausgeschiedenen Menge der Kohlensäure und des Wasserdampfes erreichen. Verf. stellte diesbezügliche Versuche an nackten Personen und solchen, die eine einzelne Schichte dicken wollenen Bekleidungsstoffes trugen, an. Die Kohlensäureausscheidung hält sich sowohl bei der nackten als auch bei der bekleideten Haut bei Temperaturen zwischen 29 und 33° ziemlich unverändert, steigt die Temperatur über 33°, so nimmt die $CO_2$-Ausscheidung plötzlich stark zu, so dass sie bei 33·5—34° sogar die doppelte Grösse erreicht. Die Wasserausscheidung der Haut geht auf zweifache Weise vor sich, indem Wasser theils durch die unsichtbare Verdampfung aus den Drüsenzellen, vielleicht auch zum Theile durch die Epidermis abgegeben wird, welche Function stets in Thätigkeit ist und gewöhnlich die Perspiration genannt wird — und theils in flüssiger Form als Schweiss von den Drüsen ausgesondert wird, welche Function im Gegensatze zur Perspiration nur unter gewissen Verhältnissen stattfindet. Es erwies sich nun, dass bei allen Versuchen, die bei einer Temperatur von 33° angestellt wurden, wo die Kohlensäureausscheidung nur gering war, eine angenehme Wärmeempfindung, jedoch nie Schweiss eintritt. Bei mehr als 33°, wo reichliche Kohlensäureausscheidung stattfindet, fühlt die Person während des ganzen Versuches beständigen Schweiss. Der Schweiss bricht also gerade bei derselben Temperatur aus, bei welcher die Kohlensäureausscheidung plötzlich steigt, und die Wahrscheinlichkeit ist dafür, dass diese Vermehrung der Kohlensäureausscheidung gerade durch die vermehrte und in ihrer Art veränderte Arbeit bedingt ist, welche die Drüsenzellen während der Schweissaussonderung leisten müssen. Die Wasserausscheidung wächst, wie alles Andere sich übrigens gleich bleibt, bei nackter sowohl, als bei bekleideter Haut stets so ziemlich der Temperatur proportional. Die absolute Grösse der Wasserausscheidung ist in beiden Fällen jedoch sehr verschieden, indem sie bei derselben Temperatur für die bekleidete Haut weit reichlicher ist als für die nackte. So erreicht die Wasserausscheidung der nackten Haut erst bei einer Temperatur von 36° die Grösse, die diejenige der bekleideten Haut schon bei 32° hat.

690. ***Beitrag zur Physiologie der normalen Harnsecretion beim Menschen.*** *Von Dr. Jaquet. Sitzung der med. Gesellschaft der Stadt Basel am 6. April 1893. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 13.)*

Verf. referirt im Namen der Herren cand. med. *F. Suter* und *H. Meyer* über eine an einem mit Blasenectopie behafteten Knaben ausgeführte Versuchsreihe zur Bestimmung der Thätigkeit beider Nieren bei der Harnsecretion. Durch eine besondere Versuchsanordnung wurde der Harn beider Nieren an den Ureterenmündungen getrennt gesammelt, und während $3^1/_2$ Tagen in bestimmten Zeitabschnitten gemessen und analysirt. Dabei ergab sich, dass beide Nieren auffallend gleichmässig functioniren und in gleichen Zeiträumen sozusagen gleiche Harnmengen liefern. Die Zusammensetzung des Harnes beider Nieren erwies sich ebenfalls als identisch



für Alkalescenz. Harnstoff und Phosphorsäuregehalt. Dieses Resultat steht in directem Widerspruch mit den Angaben früherer Autoren und ist nur zu erklären dadurch, dass alle bisherigen Untersuchungen mit tiefgreifenden operativen Eingriffen verbunden waren, deren Einfluss auf den normalen Gang der Harnsecretion nicht zu übersehen ist. Was den allgemeinen Gang der Harnausscheidung anbetrifft, so ist nur zu erwähnen, dass von Morgens 6 Uhr, von der Zeit des Erwachens an, die Harnmenge ansteigt, bald im Laufe des Morgens, bald Nachmittags oder Abends ihr Maximum erreicht, um bald früher, bald später zu einem Minimum abzusinken, das bis Morgens 6 Uhr, hier und da auch noch länger andauert. Das Minimum der Harnabsonderung fällt immer in die Stunden von 3—6 Uhr Nachts; während dieser Zeit ist die stündliche Harnmenge constant; diese Constanz der Harnausscheidung verschwindet mit dem Erwachen, und während des Tages ist die Nierenthätigkeit äusserst unregelmässig. Die Bedingungen dieser Unregelmässigkeiten sind nicht leicht zu eruiren. In vorliegender Versuchsreihe konnte z. B. der von *Quincke* beobachtete Einfluss des Erwachens, der meist eine ungewöhnlich starke Vermehrung der Harnausscheidung zur Folge hatte (sogenannte morgendliche Harnfluth) nicht constatirt werden. Die Mahlzeiten, sowie das Trinken von Flüssigkeiten hatten ebenfalls keinen constanten und unzweideutigen Einfluss auf die Harnausscheidung. Einmal sinkt die Harnmenge unmittelbar nach der Absorption von Flüssigkeit, um erst später schwach anzusteigen, das andere Mal bleibt sie gleich oder wird nur ganz wenig vermehrt, ein drittes Mal endlich kann sie sofort oder nach einiger Zeit bedeutend zunehmen.

—r.

691. ***Ueber das Gehör alter Leute.*** *Von Dr. Treitel. Sitzung der Berliner med. Gesellschaft am 29. März 1893. (Deutsche med. Wochenschrift. 1893. 15.)*

Die Altersveränderungen am Ohr sind bisher noch nicht genügend studirt, nur Trübung, Verfettung und partielle Atrophie des Trommelfelles werden mehrfach als senile Erscheinungen am Ohr erwähnt. Nur *Bezold* hat sich mit Beobachtungen über das Gehör beschäftigt. Vortragender hat im städtischen Siechenhause an 47 alten Leuten, sämmtlich über 70 Jahre, seine Untersuchungen angestellt. Die wesentlichen Ergebnisse waren kurz folgende: Ein vollkommen normales Gehör im Alter ist sehr selten. Die Gehörweite beträgt durchschnittlich um 0·5 M. Flüstersprache. Sie genügt jedenfalls, um den Greisen den gesellschaftlichen Verkehr zu ermöglichen. Nicht ohne Einfluss ist die frühere Beschäftigung. Im Gegensatz zu den Altersveränderungen am Auge tritt mit zunehmendem Alter die Abnahme des Gehörvermögens mehr für die Ferne als für die Nähe ein, auch bleibt das Gehörvermögen bis in ein viel höheres Alter hinein normal, während die Altersveränderungen am Auge bereits mit dem 40. Lebensjahre beginnen. Der Gehörgang ist im Allgemeinen weit, das Trommelfell hat eine senkrechte Stellung. Sehr häufig findet sich ein Cerumenpfropf. Nur einmal fand sich Verkalkung des Trommelfelles, aber auch nur partiell. Weder die Randtrübung, noch die totale Trübung des Trommelfelles ist als Altersveränderung zu betrachten, da dabei



meist ein gutes Gehör vorhanden sein kann. Als das einzige Alterszeichen ist das Fehlen des dreieckigen Reflexes am Trommelfell anzusprechen. Die Tonprüfung mit der Stimmgabel ergab, dass die Perception für hohe Töne im Alter beträchtlich abnimmt, während die für tiefe nicht wesentlich hinter der normalen zurücksteht. Das musikalische Gehör bleibt oft vollständig erhalten. Die Wahrnehmung hoher Töne nimmt stärker ab als die tiefer Töne. Das Ergebniss der manometrischen Untersuchungen lässt es zweifelhaft erscheinen, ob die angeblich normalen Respirationsschwankungen am Trommelfell bei jedem Menschen vorhanden sind.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

692. ***Können lebende Cholerabacillen mit dem Boden- und Kehrichtstaube durch die Luft verschleppt werden?*** *Von Prof.* ***Uffelmann.*** *(Berliner klin. Woschenschr. 1893. 26. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 29.)*

In dünnen Schichten von Gartenerde, feinem weissen Sande und von Kehricht gehen die meisten Cholerabacillen bei Trocknung der Luft — und bei Ausschluss der Sonnenstrahlen — binnen 24 Stunden zu Grunde; nicht wenige überleben jedoch das Stadium des Lufttrockenwerdens um mehrere Stunden, einzelne bis zu drei Tagen. Hierdurch ist die Möglichkeit erwiesen, dass mit aufwirbelndem Staube auch Bacillen in unseren Mund, auf Nahrungsmittel und in's Wasser gelangen können. Diese Art der Uebertragung wird nicht häufig sein; besonders da in der Natur das Sonnenlicht das Absterben der Cholerabacillen wesentlich beschleunigt. Andererseits ist aber mit der Thatsache zu rechnen, dass lebende Keime mit dem Luftstaube verschleppt werden können. In Verf.'s Versuchen hat schon schwaches oder mässig starkes Anblasen Staubtheilchen mit lebenden Bacillen weitertransportirt, ebenso oder noch kräftiger wird ein Windstoss dieselben von trockenem Boden wegblasen.

693. ***Ein Fall von Sarggeburt.*** *Von Dr.* ***Moritz.*** *(Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med. 3. Folge. Bd. V. Heft 1. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 19.)*

Die von *Bleisch* vor einiger Zeit in einer längeren Arbeit zusammengestellte Casuistik der Sarggeburten wird von dem Verf. um einen Fall vermehrt. Die betreffende Frau starb unentbunden, nachdem eine Pfuscherin an ihr Entbindungsversuche gemacht hatte. Drei Tage später wurde sie beerdigt. 35 Tage danach wurde auf gerichtlichen Befehl die Section ausgeführt, welche folgenden wesentlichen Befund ergab: Zwischen den mässig gespreizten Oberschenkeln lag die Leiche eines reifen männlichen Kindes, mit dem Rücken nach oben, der Kopf lag in der Kniegegend der Mutter, die Füsse dicht bei den Geschlechtstheilen der Mutter. Die Nabelschnur war blauschwarz und weich und stand noch mit dem Mutterkuchen in Verbindung, der zum grössten Theil als schmierige Masse zwischen den mütterlichen Schenkeln lag. Die Gebärmutter war vollständig aus den Geschlechtstheilen hervorgestülpt und lag als fast mauskopfgrosser Körper, die Innenwandung



vollständig nach Aussen gekehrt, durch Fäulnissgase aufgetrieben und prall gespannt, zwischen den Schenkeln der Leiche. Gleichzeitig ist die Scheide hervorgestülpt. Die Todesursache konnte wegen vorgeschrittener Fäulniss nicht mehr festgestellt werden. Da die Leiche erst 3 Tage nach dem Tode beerdigt wurde und die Entbindung zu dieser Zeit noch nicht eingetreten war, so ist in diesem Falle die Wirkung postmortaler Wehen absolut ausgeschlossen und kann nur die Wirkung der Fäulnissgase in Frage kommen.

694. ***Selbsterdrosselung eines Alkoholikers.*** *Von Dr.* ***Haberda.*** *Aus dem Institute für gerichtliche Medicin in Wien. (Vierteljahrschr f. gerichtl. Med. III. Folge. Bd. V. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 50.)*

Die Möglichkeit des Selbstmordes durch Erdrosseln ist ja schon längst zugegeben, und die von *Hofmann* angeführten Gründe widerlegen schlagend die früher gegen diese Möglichkeit erhobenen Bedenken. Dass sich Verletzungen der Halsorgane gerade häufig beim Erdrosseln finden, erklärt sich — wie *Hofmann* ausführt — hauptsächlich daraus, dass hierbei das Strangulationswerkzeug zumeist auf den Kehlkopf selbst zu liegen kommt und demnach nicht eine blosse Zerrung nach oben — wie beim Erhängen — sondern eine directe Quetschung der Halsgebilde, namentlich des Larynx, statthat. Man hat zwar eingewendet, dass zahlreiche Selbsterdrosselungsversuche deshalb nicht zum Ziele führen, weil das Strangulationswerkzeug zumeist auf den Kehlkopf zu liegen komme und so die Compression — wie durch Leichenversuche zu demonstriren — selbst bei starker Kraftanwendung kaum zum vollständigen Abschluss der Luftwege führe. Für breite und weiche Strangulationsmittel aber muss in Betracht kommen, dass sie wegen ihrer Breite ausser dem Larynx auch oberhalb und unterhalb desselben gelegene Theile comprimiren können, so dass dann natürlich der vollständige Luftabschluss viel leichter und rascher erfolgen kann. Diese Vermuthung lässt sich speciell auf einen Fall von Selbsterdrosselung anwenden, den der Verfasser beobachtet hat. Ein 34jähriger Mann benahm sich bei seiner Einlieferung in die psychiatrische Klinik sehr unruhig und tobte sehr heftig in der Isolirzelle. Ein anderer Patient beobachtete durch das Guckloch, dass jener sich am Boden wälze und mit seinen Händen an seinem Halse herumdrücke. Eine Stunde später wurde der Patient von dem Arzte todt und ausgekleidet am Fussboden gefunden. Am Halse verlief eine deutliche, ganz frische, offenbar von einem breiten Umschnürungsmittel herrührende Strangfurche. Der Anstaltsarzt bekam sofort den Eindruck, dass es sich um Selbsterdrosselung handle und erfuhr nun auch die oben geschilderten Begebenheiten. Erst jetzt gaben die Wärter an, dass Patient einen aus dem Rückentheil seines durch Urin ganz durchnässten Spitalhemdes gerissenen breiten Streifen um den Hals gehabt habe, doch sei derselbe nicht geknüpft, sondern mittelst einfacher Schlinge zugezogen und leicht abnehmbar gewesen. Die Section ergab im Wesentlichen: Am Vorderhals ist die Haut zwischen den Kopfnickern unterhalb der halben Halshöhe in's Grauviolette verfärbt. Rechts rückwärts über dem M. cucullaris ein fingerbreiter, nicht vertiefter blasser Streifen.



Unter der Halshaut findet sich drei Querfinger unter dem rechten Unterkieferwinkel eine kreuzergrosse Unterlaufung mit geronnenem Blute. Eine ähnliche solche Suffusion, doch in dünnerer Schicht, unter der Scheide des rechten M. sternothyreoideus, sowie beiderseits in den Mm. cricothyreoidei. Die Seitentheile des Ringknorpels nach Entfernung der sie bedeckenden Musculatur bläulich durchscheinend und unter dem Perichondrium beiderseits ein flacher, über linsengrosser Blutaustritt, unter dem sich links und rechts ein je 1 Cm. langer zackiger, von aussen oben nach innen unten schräg verlaufender Sprung im Ringknorpel findet. Der Schildknorpel und seine Hörner, ebenso das Zungenbein und die Innenwand der grossen Halsgefässe unversehrt. Der anatomische Befund stellte den Erstickungstod durch Strangulation ausser Frage. Wenn auch bei der Obduction eine deutlich ausgeprägte Strangfurche nicht mehr zu sehen war, so war deren frühere Anwesenheit doch durch verlässliche Beobachtung sichergestellt.

695. ***Mord eines Kindes durch Einführung von Schwämmen.*** *Von Prof.* ***Paul Cazeneuve.*** *(Annal. d'hygiène publ. et de méd. legale. 1893, pag. 62. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. III. Folge. Bd. VI, pag. 185.)*

Die ein halbes Jahr nach dem Tode ausgegrabene Leiche eines Kindes von 5 Monaten war bereits so weit verwest, dass nur die chemische Untersuchung des Leicheninhaltes einen Erfolg hinsichtlich der Auffindung der Todesursache noch möglich scheinen liess. Bei der Zerstörung der organischen Substanzen des Brust- und Bauchhöhleninhaltes behufs Nachweises von arseniger Säure fanden sich acht obenauf schwimmende, etwa bohnengrosse, graue, elastische, schwer zu schneidende Gebilde, welche als Stückchen eines Toiletteschwammes erkannt wurden. Die Annahme, es seien dieselben dem Kinde verbrecherischer Weise beigebracht worden, fand eine Bestätigung in der Aussage von Zeugen, welche gesehen hatten, dass der Angeklagte dem Kinde an dem Tage, an welchem dieses starb, Milch eingeflösst und ihm dabei den Finger in den Mund gesteckt hatte. Etwa 5—6 Stunden nachher starb das Kind unter Krämpfen. Verf. betont, dass Hunde, welchen Schwammstücke in den Magen gebracht werden, nach oft vergeblichen Brechbewegungen unter Krämpfen zu Grunde gehen und erinnert an eine in England verbreitete Methode der Engelmacherei, bei welcher den Kindern ein Schwamm in den Hals gesteckt und nach Eintritt des Todes an einer Schnur herausgezogen wird.

696. ***Ueber die Schädelverletzungen, im Besonderen die Impressionen bei Beckenendgeburten.*** *Von Dr.* ***Rosinski.*** *(Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. XXVI. Heft 2. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 28.)*

Die Merkmale, welche bis in die neueste Zeit in den Lehrbüchern der gerichtlichen Medicin gemeiniglich angegeben werden für die Unterscheidung der durch den natürlichen oder operativen Geburtsverlauf entstandenen Schädelverletzungen von jenen, welche durch absichtliche Gewalteinwirkung post partum (Mord) hervorgerufen wurden, sind theils unrichtig, theils unvollständig. Experimentelle Untersuchungen, wie solche auch vom Verf. angestellt wurden, führen zu keinem Resultat, weil die natürlichen Verhält-



nisse niemals in der nothwendigen Treue nachgeahmt werden können. Hier können nur genaue klinische und anatomische Beobachtungen aufklären. 4 eigene und 43 aus der Literatur gesammelte tabellarisch wiedergegebene Fälle führten den Verf. zur Ueberzeugung, dass wir kein einziges Merkmal haben, welches in allen Fällen für sich allein ein sicheres Kriterium darbietet für die Unterscheidung, ob eine Impression inter partum oder durch äussere Gewalt entstanden ist. Das Fehlen eines Missverhältnisses zwischen Kindesschädel und mütterlichem Becken darf nicht in dem Sinn einer post partum Entstehung der Impression verwerthet werden; denn es gibt Fälle eines „indirecten“ Missverhältnisses. Fälle, in denen ein für den betreffenden Kopf räumlich entsprechendes Becken durch fehlerhafte Einstellung oder Entwicklung des Kopfes zu einem verengten wird. Die Gestalt und Form der Impression im Allgemeinen hat wenig Werth für die Beurtheilung der Frage, einen sehr grossen aber die Begleiterscheinungen des Einzelfalles: eine Impression von relativ grosser Ex- und Intensität mit mehrfachen Brüchen, besonders wenn dieselben am stärksten im Centrum der Vertiefung sind, oder doch von diesem ausgehen, sowie schroffe Begrenzungen und ausgedehnte Weichtheilverletzungen sprechen mehr (jedoch nicht immer) für eine Entstehung durch willkürliche Gewalt Von grösster Bedeutung sind die Ver- und Unterschiebungen der einzelnen Schädelknochen, welche bei den durch absichtliche Einwirkung hervorgerufenen Einbiegungen theils fehlen, theils nicht mit dem Ort der Impression in einer durch den Geburtsverlauf sich erklärenden Weise übereinstimmen.

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 697. *Der Wechsel des Percussionsschalles und die klirrende Percussion zweier Symptome der Magenerweiterung.*

*Von Dr. **Aufrecht**, Oberarzt der inneren Abtheilung des Krankenhauses Magdeburg.*

*(Centralbl. f. klin. Med. 1893. 23.)*

Die Häufigkeit der Magenerweiterung wird unterschätzt, in den früheren Stadien wird diese Krankheit zumeist übersehen. Meist wird die Diagnose erst dann gestellt, wenn der Magen schon eine ganz bedeutende Erweiterung erfahren hat. — Es dürfte jedoch von besonderer Wichtigkeit sein, die Diagnose so früh wie möglich zu stellen, weil damit die Aussichten auf eine Besserung, ja sogar Heilung des Leidens sich bedeutend günstiger gestalten. Wenn erst das Erbrechen grosser Quantitäten Mageninhaltes den Beweis für die Dilatation ergibt oder die von *Penzoldt* und *Dehio* empfohlenen Vornahmen zur Feststellung der Krankheit ein Herabrücken des Magens bis unter Nabelhöhe erweisen, dann dienen diese Feststellungen doch schon zum Nachweis einer recht beträchtlichen Magenerweiterung. Verf. lenkt daher die Aufmerksamkeit auf zwei bisher nicht erwähnte Symptome der Magenerweiterung.

welche besonders darum beachtenswerth sind, weil sie schon in sehr frühen Stadien vorkommen und umgekehrt in Fällen von ganz enormer Magenerweiterung kaum mehr angetroffen werden. Auch bei einfacher Mageninsufficienz oder Magenatonie sind sie Verf.'s Erfahrungen nach nicht vorhanden.

Gegenüber den sichersten Methoden zum Nachweis der Magenerweiterung: der Ausheberung des Inhaltes des nüchternen Magens; der Untersuchung des Mageninhaltes nach Probemahlzeiten, auch der Aufblähung des Magens durch Kohlensäure haben die von Verf. geschilderten Symptome den Vorzug des bequemeren Nachweises. Für die Privatpraxis ist das nicht zu unterschätzen. Das erste dieser Symptome ist der Wechsel des Percussionsschalles. — Wird ein dilatirter Magen, am besten nach vorhergegangener Palpation, während einer Reihe von Secunden an mehreren Stellen percutirt, so findet man zunächst fast überall tympanitischen Percussionsschall; an einer einzelnen Stelle aber, welche zweifellos noch dem Magen entspricht, erhält man eine mehr oder weniger vollständige Dämpfung. Percutirt man nun diese Stelle noch mehrere Secunden, was bei der besonders zu empfehlenden schwachen Percussion ohne alle Beschwerden geschehen kann, so verschwindet die Dämpfung unter dem Plessimeter und man erhält genau an der Stelle, wo eben noch Dämpfung bestanden hat, tympanitischen Percussionsschall. Selbstverständlich ist es nicht von Belang, ob man die Anfangs gedämpft klingende Stelle mehrere Secunden lang percutirt oder nur im Auge behält und mittlerwei'e andere Stellen des Magens percutirt, um nachher zu der anfänglich gedämpften Stelle zurückzukehren. Bisweilen gelingt es, das Vorschreiten der begrenzten Dämpfung von der Cardialgegend bis nach dem Pylorus hin zu verfolgen.

Das zweite Symptom: die klirrende Percussion hat mit dem Bruit du pot fêlé über Lungencavernen einige Aehnlichkeit. Meist ist dieses Symptom am Magen mit dem ersten vergesellschaftet und am leichtesten an dem Uebergange von einer circumscript gedämpften Stelle in den übrigen tympanitisch klingenden Abschnitt des Magens hervorzurufen.

Mit Zuhilfenahme der übrigen bekannten subjectiven Symptome der Magenerweiterung lassen sich die hier beschriebenen ebenso gut wie die übrigen bekannten objectiven Symptome zunächst für das Vorhandensein einer beginnenden oder schon ausgebildeten Erweiterung, sodann aber auch für die Grösse derselben verwerthen, weil sie da, wo sie überhaupt vorhanden sind, nach unten zu, d. h. nach dem Nabel hin oder über denselben hinaus, so weit nachzuweisen sind, wie das Organ reicht. Dass sie nicht absolut constant sind oder nicht immer gleich sicher nachgewiesen werden können, dürfte ihren Werth eben so wenig und eben so sehr einschränken wie den der übrigen physikalischen Symptome der Magenerweiterung, von welchen das Gleiche gilt.

Das Zustandekommen dieser beiden Symptome erklärt Verf. in folgender Weise:

In allen Fällen, wo ein mechanisches Hinderniss für die Fortschaffung des Mageninhaltes besteht, gleichviel, ob dasselbe im Pylorusabschnitt des Magens selbst liegt oder durch Druck von



aussen, z. B. die Dislocation der rechten Niere, gegeben ist, muss eine erhöhte Arbeitsleistung der Magenmusculatur herbeigeführt werden, so dass allmälig eine Hypertrophie derselben neben der Erweiterung des Magens zu Stande kommt. Auch in Fällen von idiopathischer Magenerweiterung, welche mehr in Erkrankungen der ganzen Magenschleimhaut ihren Grund haben, dürfte das Hinzutreten einer erhöhten Arbeitsleistung, respective einer Hypertrophie der Musculatur auf analoge Weise, d. h. durch Erschwerung der Weiterbeförderung der Ingesta, zu erklären sein. Dem entsprechend aber müssen bei der Peristaltik des Magens, selbst wenn es sich nur um eine erhöhte Arbeitsleistung handeln würde, sowohl energischere, als auch voluminösere Contractionen der Magenmusculatur erfolgen, und diese sind es, über welchen der Percussionsschall gedämpft klingt. Der sicherste Beweis hierfür liegt in dem Umstande, dass die Dämpfungsstelle über dem dilatirten Magen ihren Platz wechselt, was nur aus einem peristaltischen Vorrücken der contrahirten Stelle zu erklären ist.

Die klirrende Percussion aber ist eine Folge der durch die Percussion angeregten Mitschwingungen des Magenluftinhaltes an Stellen, wo mit dem Nachlass einer Contractionswelle ein contrahirter Abschnitt erschlafft, so dass gleichzeitig ein Theil der noch contrahirten und die schon erschlaffte Musculatur durch die Percussion getroffen wird.

Im Uebrigen wird auch noch zu entscheiden sein, ob nicht die Hypertrophie der Magenmusculatur, welche zur Entstehung dieser beiden Symptome führt, einer ausgesprochenen Erweiterung des Magens einige Zeit voraufgehen kann. Verf. kann immerhin über einen Fall berichten, in welchem es sich um hartnäckige, seit $1^1/_2$ Jahren bestehende Magenbeschwerden handelte, deren Ursache so lange im Unklaren blieb, bis der Schallwechsel und das Klirren über dem noch nicht als dilatirt zu erweisenden Magen ihn auf eine beginnende Dilatation aufmerksam machten, bei welcher er endlich eine Dislocation der rechten Niere fand, die er trotz der entgegenstehenden Ansicht einzelner Autoren in ursächlichen Zusammenhang mit der Magenerweiterung bringt. *O. R.*

# Literatur.

698. ***Grundriss der Anatomie des Menschen.*** *Ein Compendium für Studirende von Dr.* ***Paul Eisler,*** *Privatdocent und Prosector am anatom. Institut zu Halle a. S. Mit 15 Abbildungen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. X u. 432 S. 8⁰.*

Verf. bietet ein kurzes Lehrbuch der Anatomie, welches alles Wesentliche für das erste Studium und für die Repetition dieser Doctrin enthält und dem Studirenden überdies beim Studium neben dem Präparate als Leitfaden dienen soll. In letzterer Beziehung finden wir die topographischen Verhältnisse der Theile zu einander überall zur Genüge berücksichtigt, während histologische und entwicklungsgeschichtliche Einzelnheiten nur soweit aufgenommen wurden, als für die Darstellung unbedingt erforderlich anerkannt werden muss. Trotz seiner Kürze hat der Grundriss als solcher den Charakter der Vollständigkeit, indem der



Verf. die für den tüchtigen Lehrer so werthvolle Gabe besitzt, mit wenig Worten viel zu sagen und die Details zu einem übersichtlichen Ganzen zu gruppiren. Durchgehends folgt der Schilderung der Einzelheiten eine Uebersicht des betreffenden Organabschnittes als Ganzes, wodurch dem Studirenden eben das geboten wird, worauf es ihm in Wirklichkeit am meisten ankommt, und wodurch das Interesse an den Einzelangaben gewahrt wird. Brust- und Bauchhöhle sind überdies in einem Anhange in topographischer Beziehung eingehend und in Rücksicht auf die praktischen Bedürfnisse des Arztes geschildert. Die beigegebenen Abbildungen belehren über complicirtere Verhältnisse einzelner Organsysteme. Ein ausführliches, sorgfältig bearbeitetes Register (18 Seiten) trägt ebenfalls zur Brauchbarkeit des Werkes bei. —*r.*

699. ***Die Krankheiten des Ohres in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen, für praktische Aerzte und Studirende*** *von Dr.* ***Rudolf Haug****, Docent der Ohrenheilkunde an der Universität, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der königl. chirurg. Universitätspoliklinik zu München. Mit 3 Figuren im Text und 102 farbigen Trommelfellbildern. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893. VIII und 296 S.*

Während die Krankheiten des Auges, des Uterus und anderer Organe bezüglich ihres Zusammenhanges mit den übrigen Organ- und Allgemeinerkrankungen schon seit längerer Zeit häufig mehr weniger eingehende Darstellung erfahren haben, versucht Verf. im vorliegenden Werke zum ersten Male, den Zusammenhang zwischen Ohr- und Allgemeinerkrankungen — wohl gleichzeitig mit *Moos* in dem von *Schwartze* herausgegebenen Sammelwerke — in zusammenfassender Weise in einer speciell den Bedürfnissen des praktischen Arztes entsprechenden Art zu schildern. Die auf mehr als 10.000 Beobachtungen begründete Darstellung des Verf.'s ist weniger für den Ohrenarzt als vielmehr für den allgemeinen Praktiker bestimmt, dem sie als Rathgeber zur Erkennung der im Verlaufe so vieler Allgemeinerkrankungen auftretenden, oft sehr schweren Ohrenerkrankungen dienen soll. Die Ohrenerkrankungen werden in ihrem Entstehen und ihrem Verlaufe im innigen Zusammenhange mit den Allgemeinerkrankungen und ihrer localen und allgemeinen Rückwirkungen auf den Organismus geschildert. Aufbau und Inhalt des „dem Grossmeister der deutschen Ohrenheilkunde Geheimrath Prof. Dr. *Schwartze*" gewidmeten Werkes sind, da dem Autor kein Vorbild vorlag, durchaus originell und der Verf. findet überdies häufig Gelegenheit, in wichtigen Fragen der eigenen Anschauung Ausdruck zu verleihen. Nach allgemein einleitenden Bemerkungen über die Wege, auf denen die Erkrankungen des Ohres zu erfolgen pflegen, schildert *Haug* zunächst die Ohrenerkrankungen bei den acuten Infectionskrankheiten (Capitel I—V), hierauf bei chronischen Infectionskrankheiten (Capitel VI—IX). Die folgenden Capitel schildern die Ohrenerkrankungen bei allgemeinen Ernährungsstörungen und Anomalien der Blutmischung (Diabetes, Arthritis, Rhachitis, Anämie, Leukämie etc.) bei Kreislaufstörungen, bei Erkrankungen des Urogenitalapparates (Nephritis chronica, Ohraffectionen bei Anomalien des Sexualapparates etc.), bei Erkrankungen des Hirns und seiner Häute, bei Intoxicationen bei Hautkrankheiten, bei Krankheiten des Verdauungstractes (Zähne). In einem Anhange (Capitel XVII) werden die häufigsten und wichtigsten der vom primär erkrankten Ohre aus angeregten Erkrankungen erörtert. Die 102 Trommelfellbilder, welche die





meisten und typischesten Formen der bei den einzelnen Erkrankungen vorkommenden, durch die Spiegeluntersuchung objectiv nachweisbaren Ohraffectionen in verschiedenen Stadien und Graden des Processes illustriren, sind vom Verf. selbst nach dem Leben in Aquarell ausgeführt worden. Die Verwerthung dieser zahlreichen Trommelfellbilder wird für den Praktiker besonders dadurch ermöglicht, dass Verf. am Schlusse des Werkes eine ausführliche Erklärung sämmtlicher Bilder vorausschickt. So hat der durch zahlreiche Originalarbeiten auf dem Gebiete der Otologie rühmlichst bekannte Verf. eine auf wissenschaftlicher Grundlage aufgebaute Arbeit geschaffen, welche nicht nur dem allgemeinen Praktiker, sondern auch den Lehrern der klinischen Fächer viel Werthvolles bietet. Die Ausstattung ist eine in jeder Beziehung vorzügliche.

—*es.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

700. ***Ueber die Therapie des Abortus.*** *Von Prof. Dr.* ***Schauta,*** *Wien. Nach einem im ärztlichen Verein des VIII. Bezirkes in Wien gehaltenen Vortrage. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893.)*

(Schluss.)

Es hat sich oft die Periode nur um ein paar Tage verspätet und statt der Periode kommt dann eine Blutung, die sich über Wochen hinaus fortsetzt, von ihrer Schwangerschaft aber wissen die Patientinnen oft gar nichts. In solchen Fällen wird man dann bei genauer Untersuchung neben dem Uterus einen Tumor finden, der sich von allen anderen Tumoren, die man hier finden könnte, durch seine teigartig weiche Consistenz unterscheidet und nun kommt man leicht zur Diagnose. Ich habe jetzt einen solchen Fall auf der Klinik liegen und habe vor zwei Tagen einen solchen Fall operirt. Da wir eben zahlreiche solche Fälle auf unserer Klinik gesehen haben, sind wir jetzt darauf aufmerksam, lassen uns keinen derartigen Fall entgehen und machen diesbezüglich keine Fehldiagnose. Wenn ein Praktiker einen derartigen Fall für einen gewöhnlichen unvollendeten Abortus hielte, würde er den Cervix dilatiren und die Uterushöhle auskratzen. Was wäre die Folge? Es würde eine Blutung aus der Tuba eintreten, es könnte zu einer Hämatocelenbildung oder zu einer intraabdominellen Blutung kommen, die die Patientin an den Rand des Grabes bringt. Ich habe einmal einen solchen Fall gesehen, bei dem sich eine riesige Hämatocele gebildet hatte und nach mehreren Tagen bereits eine weit um sich greifende Zersetzung des Blutes innerhalb der Hämatocele entstand. Die Frau hatte starkes Fieber und ich musste sofort daran gehen, die Hämatocele zu spalten, um das Leben der Frau zu retten. Das sind schwere Fälle für den Praktiker. Wenn er den Fall als gewöhnlichen Abortus behandelt, wird er die Blutung in die Tuba zu einer Blutung aus der Tuba in die Bauchhöhle machen und die Frau in die grösste Gefahr stürzen. Deswegen müssen wir solche Fälle ganz besonders beachten. Allerdings muss man auch hiermit vorsichtig sein. So ist mir aus allerjüngster Zeit folgender Fall in Erinnerung: Ich wurde spät Abends von einem Collegen zu einer Frau gerufen, die eine derartig hochgradige Cyanose hatte, wie man sie selten bei den schwersten Herzfehlern findet. Da wurde mir nun erzählt, die Frau sei seit zwei oder drei Monaten schwanger und komme aus der Provinz



hierher, um wegen allzu häufigen Erbrechens Jemanden zu consultiren. Gestern sei ihr noch sehr gut gewesen und heute früh erst habe sie angefangen zu bluten. Ob da mit dem Blute noch etwas abgegangen sei, war nicht bekannt. Da sei ihr dann auf einmal so schlecht geworden, und jetzt leide sie an solcher Athemnoth und dieser schweren Verfärbung der Haut. Die Person hat gar nicht gefiebert, der Uterus war entsprechend der Zeit der Schwangerschaft vergrössert, rechts und links neben dem Uterus nichts nachweisbar (ich dachte an Extra-Uterinschwangerschaft der eben besprechenen Art), Puls 140, kaum fühlbar; ich muss offen gestehen, ich habe keine Diagnose stellen können. Ich habe nur sagen können: Eine innere Blutung ist das nicht, schwanger ist die Person, es geht auch etwas Blut ab, die Blutung ist jedoch nicht so bedeutend, um etwas dagegen zu thun, wahrscheinlich dürfte aber noch im Laufe der Nacht Exitus letalis eintreten. Die Frau wurde gleich darauf in das Spital auf eine Klinik überführt, wo der betreffende Assistent, also ein Mann, der jedenfalls schon viel gesehen hat, sofort Alles zur Laparotomie vorbereitete. Während der Vorbereitungen starb die Frau. Die Section ergab eine acute Sepsis in Folge eines künstlich eingeleiteten Abortus. Die Frau ist aus der Provinz hergekommen, wahrscheinlich um sich von einer Hebamme den Abortus einleiten zu lassen und ist dabei an Sepsis gestorben. Eine Laparotomie hingegen wäre wegen Infectionsgefahr für den Operateur höchst gefährlich gewesen und die Frau wäre natürlich unter der Hand gestorben. Was ich hier besprochen habe, bezieht sich nur auf die Fälle von Abortus im engeren Sinne, also bei einer Schwangerschaft von 3—4 Monaten, respective 12—16 Wochen, bei denen sich also noch keine Placenta gebildet hat. Zu erwähnen wären daher noch die Fälle von habituellem Abortus und Abortus in Folge von Bildungsanomalien. Die Fälle von habituellem Abortus können verursacht sein durch eine Endometritis hypertrophica. Die Frau abortirt, nachträglich stellt sich die Endometritis wieder ein, die Frau concipirt wieder u. s. w. Da bleibt nichts Anderes übrig, als durch eine energische Therapie das Endometrium zu verändern, eine Auskratzung zu machen u. s. w.; dann kann eine normale Schwangerschaft sich ergeben. Eine häufige Ursache ist ferner auch eine Lageveränderung, besonders häufig Retroversio und Retroflexio, besonders aber Retroversio. In diesen Fällen muss eben die Lageveränderung beseitigt werden. Eine Ursache des Abortus kann auch ein chronisches Herzleiden oder ein chronisches Nierenleiden sein, wogegen eben die entsprechende Therapie anzuwenden ist. Ist aber all das nicht der Fall, dann bleibt nichts übrig als die häufigste Ursache, nämlich Lues, und zwar meist ex patre. Dann muss die Betreffende eben eine Schmiercur durchmachen, um dann ein lebensfähiges Kind zu zeugen. Alle anderen Veranlassungen sind höchst selten. Sind Bildungsanomalien vorhanden, indem z. B. der Uterus dem Wachsthum des Eies nicht nachkommt, so kommt es entweder überhaupt zu keiner Conception oder die betreffende Frau gebärt immer frühzeitig ein nicht lebensfähiges Kind. Der Abortus in dem Sinne jedoch, wie ich ihn hier besprochen habe, bei einer Schwangerschaftszeit von 12—16 Wochen, hat damit eigentlich nichts zu thun.

# Kleine Mittheilungen.

701. In der Akademie der Wissenschaften berichtet Herr ***A. B. Griffiths*** über ein ***Ptomain, Eczemin,*** das er aus dem Urin eczematöser Kranker extrahirt hat. Das neue Ptomain ist eine weisse, krystallinische Substanz, die in Wasser löslich ist, von schwach alkalischer Reaction. Sie bildet ein Chlorhydrat, ein Chlorurat und krystallisirtes Chlorplatinat. Mit Molybdänphosphorsäure gibt sie einen gelblichen Niederschlag, ebenso mit Silbernitrat und einen gelben mit Pikrinsäure. Mit Sublimat versetzt, fällt ein grünlicher Niederschlag aus; präcipitirt wird die Substanz auch mit dem *Nessler*'schen Reagens. Ihre Formel ist $C_7 H_{15} NO$. Die Base ist giftig; eine Lösung in sterilisirtem Wasser unter die Haut eines Kaninchens injicirt, erzeugt an der Injectionsstelle eine Entzündung, starkes Fieber und führt zuletzt den Tod herbei. Die Substanz kommt nicht im normalen Urin vor, sondern nur in dem Eczemkranker; sie muss also im Körper im Verlauf der Krankheit gebildet worden sein. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 52.)

702. ***Milchzucker,*** aus Milch dargestellt, enthält sehr oft grosse Mengen von Bacterien, so dass Zusatz von solchem Milchzucker zu steriler Milch letztere zur Gerinnung bringt. Deshalb ist es unzweckmässig, die Kindermilch sofort vor dem Gebrauch mit Milchzucker zu versüssen; wenn ein Zuckerzusatz wünschbar erscheint, muss die Milch nach demselben sterilisirt werden. Dadurch werden allerdings die Keime nicht vollständig vernichtet; eine so behandelte Milch in den Brütschrank bei 37° gesetzt, gerinnt aber, wie *Neumann* nachweisen konnte, erst am 2., beziehungsweise 3. Tage. Bessere, sorgfältig dargestellte und gereinigte Qualitäten von Milchzucker enthalten fast keine Bacterien.
(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 22. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 13.)

703. ***Arsen als Heilmittel gegen Krebs.*** ***v. Langenbeck*** hat einst erzählt, dass sein Onkel *Langenbeck* in Göttingen eine Frau mit inoperablem Uteruscarcinom mit steigenden Dosen von Arsen behandelte, dass diese Patientin in ihrer Verzweiflung sich zu vergiften beschloss und grosse Dosen Arsen in schneller Folge zu sich nahm. Nach Monaten stellte sie sich dann dem erstaunten Operateur als geheilt vor. In Erinnerung an diese Erzählung gab *Esmarch* schon vor Zeiten Jahre hindurch steigende Arsendosen bei inoperablen Carcinomen und sah oft erstaunliche Tendenz zur Narbenbildung und Genesung. In letzter Zeit empfiehlt *Lassar* (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 23) warm die Arsentherapie bei Hautkrebsen. (Solut. Kali arsenicos. und Aq. Menthae aa. 3mal täglich 5 Tropfen.) Die mitgetheilten illustrirten Fälle sind überraschend und beweisen zum Mindesten, dass carcinomatöse Hautknoten unter Arsenbehandlung einen ganz aussergewöhnlichen Verlauf nehmen und zur Heilung tendiren können.
(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 14.)

704. ***Zur Behandlung der Hämoptoe.*** Nach Dr. ***Eklund*** in Stockholm ist nichts gefährlicher bei Hämoptoe als das so verbreitete Verfahren, den Kranken kaltes Wasser trinken oder Eisstückchen schlucken zu lassen. Die kalten Getränke steigern die Lungenblutung, durch Reizung des Vagus wird Husten hervorgerufen und durch Contraction der Magengefässe wird der Blutzufluss zu den Lungen gesteigert. Verf. lässt daher warme und schleimige Getränke trinken. Man kann einen Eisbeutel auf die Lungenspitze, welche man als Sitz der Blutung betrachtet, legen. Als Medicament empfiehlt Verf. Pillen von folgender Formel:

*Sulf. chin.* 4·0
*Ergotini* 2·0

auf 40 Pillen; oder 2 Pillen 3- oder 4mal täglich zu nehmen.
(Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. VIII.)





hören hierher in erster Linie die **Gicht,** die **harnsauren Concremente** (Gries- und Steinbildung, Nierensteine), **Nieren-** und **Blasenleiden.**

Das **kohlensaure Lithion** ist unter allen kohlensauren Alkalien das beste Lösungsmittel der Harnsäure und das **Lipoczer Salvator-Wasser** bewirkt daher durch seine **mächtige Diurese** die schmerzlose Ausscheidung obiger Concremente.

Ausgezeichnete Anwendung findet auch das **Lipoczer Salvator-Wasser** in Krankheiten der Schleimhäute, der Athmungsorgane, ferner bei Verdauungsbeschwerden, übermässiger Schleim- und Säurebildung im Magen, Hämorrhoidalleiden, bei Gelbsucht, gestörter Blutcirculation, Scrophulose etc. etc. Gegen **Infectionskrankheiten (Cholera, Influenza etc.) ist Salvator, als Trinkwasser genossen, ein bewährtes Specificum.**

Das **Lipoczer Salvator-Wasser** eignet sich endlich durch seinen grossen Reichthum an natürlicher Kohlensäure auch ganz besonders als **Erfrischungs-Getränk,** denn es ist **eisenfrei** und gibt, mit Wein, Citronensaft oder anderen Säuren gemischt, das angenehmste und lieblichste Mousseux.

Der Versandt geschieht in $^1/_2$ und $^1/_1$ Liter Glasflaschen.

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Biedert Dr. Ph.*, Oberarzt am Bürgerhospital und Kreisarzt zu Hagenau a. E. Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt. 2., ganz neu bearbeitete Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Chalybäus, Dr. Med. Th.* Pfarrer Kneipp und seine Cur. Ein Capitel aus der neuesten Geschichte des Wasserheilverfahrens. Neuwied und Berlin 1893, Heuser's Verlag.

*Eulenburg Albert*, Paul Guttmann. Sein Leben und Wirken. Seine Schriften. Zur Erinnerung für seine Freunde. Berlin 1893, Verlag von Aug. Hirschwald.

*Krafft-Ebing, R. v.* Hypnotische Experimente. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

**Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.**
**Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.**
**Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.**

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

705. ***Ueber erschwerte Nahrungsaufnahme bei kleinen Kindern.*** *Von Privatdocent Dr. H. Neumann, Berlin. (Therap. Monatsh. 1893. Mai.)*

Nicht selten bleibt der Arzt darüber im Unklaren, dass Nahrung und Medicamente vom Kinde nicht oder nur in ungenügender Menge aufgenommen werden; in anderen Fällen fehlt, nachdem die Thatsache als solche festgestellt ist, die Kenntniss ihrer Ursache und erfolgreichen Bekämpfung. Die Ursachen für die erschwerte Aufnahme der Nahrung bei kleinen Kindern liegen zum Theil in der Nahrung selbst, zum Theil in der Art ihrer Darreichung oder in krankhaften Zuständen beim Kinde. Es kommt häufig vor, dass Kinder mit einer unüberwindlichen Zähigkeit Nahrung gewisser Art oder insbesondere von gewisser Consistenz zurückweisen, ebenso halsstörrig wählen sie sich oft die Methode der Nahrungsaufnahme, refusiren die Brust oder die Saugflasche. Das Refusiren der Brust ist oft in der mangelnden Milchabsonderung der Säugenden begründet. Hier dient die Waage als diagnostisches Mittel. Die unmittelbar vom Kinde abhängigen Hindernisse bei der Nahrungsaufnahme sind entweder Störungen des Allgemeinbefindens, besonders Fieber oder Störungen der Verdauung und Dyspnoe. Das Trinken wird bei Erkrankung der Athmungsorgane durch Dyspnoe behindert, auch durch Bewusstseinsstörung bei Gehirnerkrankungen. Anlass zu Störungen der Nahrungsaufnahme geben recht oft Affectionen der Mund-, Nasen-, Rachenhöhle, insbesondere die verschiedenen angeborenen Missbildungen. Bezüglich der als Hinderniss bei Laien vielfach überschätzten „angewachsenen Zunge" gibt Verf. an, dass allerdings in seltenen Fällen das bis zur Spitze reichende Zungenbändchen an der Oberfläche der Zunge eine Einkerbung hervorruft, gewisse Beschwerden macht, das Saugen aber kaum verhindert. Bei Neugeborenen geht aber eine solche Behinderung oft von catarrhalischer Stomatitis aus, von den *Bednar*schen Aphthen, bei etwas älteren Kindern von der Stomatitis aphthosa und ulcerosa, und in diesen Fällen kann eine vorsichtige Bepinselung mit 2%iger Cocainlösung die Nahrungsaufnahme erleichtern. Bekannt sind die von entzündlichen Affectionen der Rachenhöhle oder von daselbst sitzenden Efflorescenzen (Variola, Varicellen etc.) ausgehenden Beschwerden, ebenso kann die Otitis med., Parotitis epid. die Nahrungsaufnahme behindern und mitunter führt die Angst, durch Schluckbewegungen, einen Anfall auszulösen, Keuchhustenkranke dazu, die Nahrung beharrlich zu verweigern. Auch in solchen Fällen kann die Bepinselung des

Rachens mit Cocain nützen. Nasencatarrhe aller Art, Coryza syphilit., sind für Säuglinge ein sehr schweres Hinderniss für die Nahrungsaufnahme. Entfernen des eingetrockneten Secretes, Durchblasen von Luft, Einführen von Drains in die Nasengänge sind hierbei angezeigt. Diese Mittel nützen nicht viel, wenn gleichzeitig die *Luschka*'sche Tonsille vergrössert ist, und ist der Zustand chronisch, dann hilft nur die blutige Entfernung der letzteren. Diese Vergrösserung der Rachentonsille kommt auch im Säuglingsalter nicht gar so selten vor, öfter als die Hypertrophie der Gaumentonsille. Schluckbeschwerden können auch ausgehen von der durch die Fingeruntersuchung diagnosticirbaren Lymphadenitis retropharyngealis, die oft, aber nicht immer, zum Retropharyngealabscess führt und nur selten den Ausgang in Verkäsung nimmt. Noch seltener ist bei kleinen Kindern die diffuse phlegmonöse Entzündung der hinteren Rachenwand. Ein häufigeres Hinderniss geben ab: die postdiphtheritische Lähmung, der Stimmritzenkrampf, seltener angeborener Kropf. Bei stark erschöpften Kindern kann bis zum Larynx oder in den Oesophagus eingedrungener Soor das Schlucken behindern. In einem solchen Falle hat Verf. durch Hervorholen von Soorrasen aus dem Oesophagus mittelst Magencatheter und durch Inhalation einer Lösung von Hydrarg. cyan. (0·01 : 100), 2stündlich 5·0 der Lösung, noch Heilung erzielt.

Schliesslich wären noch als Schluckhindernisse zu erwähnen, Geschwülste verschiedener Art, insbesondere auf die Speiseröhre drückende verkäste Bronchialdrüsen. Für die Kinderpraxis sehr wichtig ist die durch angeborene oder erworbene Körperschwäche bedingte Erschwerung der Nahrungsaufnahme, die insbesondere nach schweren Krankheiten zu einer das Leben bedrohenden Inanition führen und nur durch Sondenfütterung, „Gavage“, überwunden werden kann. Zum Eingiessen wurde bei schweren Darmcatarrhen eine dem jeweiligen Zustand des Darms entsprechende Flüssigkeit unter Zusatz von Excitantien gewählt (Thee, Schleim, *Kufeke's* Kindermehl, Kuhmilch, *Löflund's* peptonisirte Alpenmilch; als Zusatz griechischer Wein oder Cognac). Die Mengen einer Eingiessung wechselten nach dem Alter des Kindes und nach der Wahrscheinlichkeit, einen Brechact auszulösen; bei der letzteren Möglichkeit zog Verf. vor, in Zwischenräumen von etwa $^1/_2$ Stunde kleinere Mengen einzuführen. Zum Eingiessen wurden weiche Catheter aus gesponnener Seide (Nr. 12—20 Charr.) benutzt. Nach dem Einführen der Flüssigkeit wurde der Catheter schnell entfernt, indem gleichzeitig der zuführende Schlauch geschlossen wurde, um keine Reflexe durch ausfliessende Nahrung im Pharynx zu erzeugen. Der Kopf wurde hiernach noch mehrere Minuten in wagerechter oder sogar hängender Lage gehalten, um das Erbrechen möglichst zu erschweren. Die Eingiessung muss der Regel nach mehrere Male täglich stattfinden. —*v.*

706. ***Acute Nephritis nach Schutzpockenimpfung.*** *Von Privatdocent Dr. L. Perl. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 28.)*

Die acute parenchymatöse Nephritis stellt sich im Kindesalter in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle in Begleitung oder im Gefolge acuter Infectionskrankheiten ein. Für



das kindliche Alter kommt der Frequenz nach vor Allem die scarlatinöse, demnächst die diphtherische Nephritis in Betracht; aber auch nach Masern, ja sogar nach den bis dahin als äusserst harmlos geltenden Varicellen ist (zuerst von *Henoch*) das Vorkommen von Nephritis constatirt worden; letzterer Autor hat, ebense wie *Croner,* dieselbe auch nach der contagiösen Parotitis sich entwickeln sehen. Dass nach der Vaccination jemals das Auftreten einer acuten Nephritis beobachtet wurde, ist Verf. aus der Literatur nicht bekannt, und insofern dürfte der folgende Fall vielleicht auf einiges Interesse Anspruch machen können.

Am Nachmittag des 5. October 1892 nahm Verf. mit Thierlymphe, die aus dem hiesigen Königl. Impfinstitute bezogen war, die Impfung an 4 Kindern vor (darunter 3 Erst- und 1 Wiederimpfung). Unter den Erstimpfungen befand sich die ca. $2^3/_4$jährige N. S., das 4. Kind gesunder Eltern; das Kind hatte früher an leichter Rhachitis gelitten und war deswegen, namentlich aber wegen eines hartnäckigen Eczems in der Umgebung des Anus, mit der Impfung bis zu dieser vorgeschrittenen Lebenszeit zurückgestellt worden. Das nunmehr völlig gesunde und ziemlich gut genährte Kind erhielt auf jeden Oberarm 3 Impfschnitte. Am 5. Tage nach der Impfung soll das Kind während der Nacht gefiebert haben. Am Morgen fand Verf. auf jedem der beiden Oberarme je drei wasserhelle Impfblasen. Höchst auffällig war das Verhalten des Harnes: derselbe war ziemlich spärlich, trübe, stark sedimentirend, von braunrother Färbung, saurer Reaction und einem specifischen Gewicht von 1016. Er enthielt ca. $^1/_2$‰ Eiweiss, ziemlich viel Blutfarbstoff; mikroskopisch fanden sich reichliche rothe Blutkörperchen, spärliche Leucocyten und mässig reichliche hyaline, zum Theil mit Blutkörperchen, respective Epithelien besetzte Cylinder. Die auf Grund dieses Befundes constatirte acute Nephritis schwand unter Bettruhe, Milchdiät im Verlaufe von sechs Tagen. Die Vaccineblasen nahmen ihren normalen Verlauf. Bei den gleichzeitig geimpften 3 Kindern war keine Abnormität des Verlaufes der Vaccine nachweisbar. Es liegt nahe, die im Vorstehenden geschilderte Affection mit der Impfung in einen ursächlichen Zusammenhang zu bringen; ob ein solcher thatsächlich besteht, könnten nur grössere, mit Rücksicht auf diesen Punkt vorgenommene Untersuchungsreihen ergeben. *O. R.*

707. ***Ueber Immunität.*** *Von Prof.* ***Klemensiewicz.*** *Nach dem Vortrag, gehalten im Verein der Aerzte in Steiermark. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 29.)*

*Klebs* und *Pasteur* führten die Immunität auf eine Erschöpfung des Körpers an gewissen, den Bacterien nöthigen Nährstoffen zurück (Erschöpfungstheorie). *Chauveau* erklärte die Immunität durch die Annahme, dass gewisse Stoffwechselproducte der Bacterien, die bei der Krankheit entstehen, im Thierkörper zurückgehalten werden und dadurch die spätere Ansiedlung virulenter Bacterien verhindert werde (Retentionshypothese). ***Metschnikoff*** endlich hat die Thatsache entdeckt, dass bei einer Reihe von Infectionskrankheiten innerhalb der Leucocyten, welche als Eiterkörperchen im Gewebe sich ansammeln, und auch innerhalb der weissen Blutzellen des Blutes, sowie auch innerhalb

anderer Gewebszellen, Bacterien, und zwar oft in grosser Menge aufgefunden werden. Diese Thatsache verwerthete *Metschnikoff* in der Art, dass er den Zellen, welche die Bacterien in ihren Leib aufnehmen, die Fähigkeit zuschrieb, dieselben zu vernichten. Er nannte diesen Vorgang den Phagocytismus. Nach *Metschnikoff* ist diese Fähigkeit der Zellen des Thierkörpers die Ursache der Heilung von Infectionskrankheiten und die Angewöhnung der Phagocyten an das Fressen virulenter Bacterien die Ursache der Immunität (Phagocytentheorie). Keine der drei Theorien ist im Stande, die Thatsachen, welche bei den Versuchen der Immunisirung zu Tage gefördert wurden, vollständig zu erklären. *Wooldridge* lieferte den Nachweis, dass dem Blute und den Gewebesäften der Thiere überhaupt eigenthümliche bacterienfeindliche Eigenschaften innewohnen. *Buchner* schreibt die schützende Wirkung des Blutes Schutzkörpern zu, welche er Alexine nennt und welche im Blute der Thiere in grösserer oder geringerer Menge, und zwar in gelöstem Zustande, vorhanden sind. Die letztere Anschauung wird durch die Thatsache bewiesen, dass auch das zellfreie Blutserum die schützende Wirkung äussert. Die Wirkung des Blutserums gegenüber den Bacterien ist nach *Buchner* zwar eine allgemeine Erscheinung, welche an dem Blute vieler verschiedener Thierspecies nachgewiesen wurde, aber dabei haftet diesen Wirkungen dennoch etwas Specifisches an, da jede Art von Serum ihren Einfluss nur auf gewisse Bacterienarten äussert. *Ehrlich* lieferte den Beweis, dass die Immunität der Thiere gegen Krankheiten oder Gifte nicht eine unveränderliche Grösse, sondern dass sie variabel sei, dass sie gelegentlich sinke und, was für uns das Wichtigere ist, auch wesentlich, und zwar sehr hoch gesteigert werden könne. *Behring* und *Kitasato* hatten die fundamentale Entdeckung gemacht, dass die Immunität, welche bei Thieren gegen Diphtherie und Tetanus erzeugt werden kann, auf eine Gegengiftwirkung des Blutes zurückzuführen sei. Ferner ist es ihnen gelungen, den Nachweis zu liefern, dass das Blut gegen Tetanus immunisirter Kaninchen, Mäuse sowohl gegen eine nachträgliche Infection, als auch gegen den tödtlichen Erfolg einer früher eingespritzten virulenten Tetanuscultur schütze. Es war also zum ersten Male mit Tetanusculturen erzeugter experimenteller Tetanus durch die nachträgliche (curative) Impfung mit dem Blute tetanusimmuner Thiere zu heilen gelungen. *Tizzoni* und *Catani* machten die ersten Versuche, das wirksame Princip des Thierblutes in einer Weise darzustellen, dass es sich für Heilungszwecke am Menschen eignete. In der That ist in der Literatur eine ganze Anzahl von mit *Tizzoni*'schem Antitoxin des Tetanus behandelten und darunter von acht geheilten Fällen bekannt gegeben worden. *Klemperer* gelang es, Thiere gegen mehrere Infectionskrankheiten zu immunisiren, die aber stets bei Infection mit einer neuen dritten Bacteriencultur eingingen, so dass daraus die schon von *Buchner* aus seinen Versuchen deducirte Behauptung, dass die Schutzwirkung eine specifische sei, neuerlich bewiesen war. Ebenso hat *Klemperer* für die Erreger der Pneumonie den Nachweis geliefert, dass es gelingt, Thiere durch erwärmte Bouillonculturen von Pneumoniecoccen sowohl präventiv als curativ zu immunisiren.



*Ehrlich* und *Brieger* haben durch systematische Controlversuche über den Immunisirungswerth der Ziegenmilch den Nachweis geliefert, dass nach jedesmaliger Injection von neuer Tetanuscultur der Immunisirungswerth sehr beträchtlich herabging. Erst nach Ablauf einiger Tage begann er anzusteigen, um dann wieder bis zu seiner neuen Höhe, welche längere Zeit bestehen blieb, herabzugehen. Es ist ferner gelungen, den Nachweis zu liefern, dass das Blut und Blutserum von Menschen, welche von gewissen infectiösen Krankheiten genesen sind, eine für Thiere immunisirende Wirkung gegen die betreffenden Infectionsstoffe besitze. *Klemperer* hat diesen Nachweis für Pneumonie und Cholera asiatica, *R. Stern* für Typhus erbracht. *Escherich* und *Klemensiewicz* haben diesen Nachweis geliefert für das Blut von Menschen, welche Diphtherie überstanden haben.

708. ***Die Punction des Wirbelcanales in diagnostischer und therapeutischer Beziehung.*** *Von Prof.* ***v. Ziemssen.*** *Vortrag am XII. Congress für innere Medicin. (Centralbl. f. innere Med. 1893. 25. Beilage.)*

Die Punction des Wirbelcanales nach der von *Quincke* im Jahre 1891 angegebenen Methode ist von Verf. in einer Reihe von Fällen von tuberculöser und epidemischer Cerebrospinalmeningitis, Hirntumor und Hydrocephalus mit befriedigendem Erfolge angewendet worden. Bei hohem Hirndruck fliesst die Cerebrospinalflüssigkeit aus der Canüle (Hohlnadel von *Dieulafoy*, Nr. II) im Strahl aus, bei geringem Druck tropft sie langsam ab. Der Druck zeigt dementsprechend verschiedene Werthe; in einem Falle von hohem Hirndruck ergab sich ein Flüssigkeitsdruck von 220 Mm. Wasser. Ebenso wechselt die Menge der auf einmal ausfliessenden Cerebrospinalflüssigkeit, im Allgemeinen schwankte sie zwischen 20 und 60 Ccm.; in einem Falle flossen 91 Ccm. ab. Bei nicht entzündlichem Hirndruck ist die Flüssigkeit wasserklar und zeigt alle chemischen und physikalischen Eigenschaften der normalen Cerebrospinalflüssigkeit. Bei der epidemischen Cerebrospinalmeningitis war die Flüssigkeit milchig trüb und enthielt reichlich Flocken, welche sich rasch zu Boden senkten, aus Leucocyten und einem zarten Fibrinstroma bestanden und reichlich Diplococcen enthielten. Impfversuche an Mäusen und die Anlegung von Stich- und Plattenculturen hatten kein positives Resultat. In diagnostischer Beziehung lässt die mikroskopische, chemische und bacteriologische Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit die Möglichkeit einer Differenzirung der einzelnen ätiologischen Formen der Meningitis schon während des Lebens erhoffen. Es dürfte sonach in Zukunft der Punction des Spinalcanales eine ähnliche Bedeutung für die Diagnose, wie der Punction der pleuritischen und peritonitischen Exsudate beizumessen sein. In therapeutischer Hinsicht hat die Punction im Allgemeinen befriedigende Resultate ergeben, insofern alle Erscheinungen des Gehirndruckes gemindert wurden. Durch öftere Wiederholung der Punction können die günstigen Wirkungen gesteigert werden; in einem Falle, in welchem es sich wahrscheinlich um Meningitis serosa *(Quincke)* handelte, wurde durch fünfmalige Punction ein ausgezeichneter und dauernder Erfolg erzielt. Verf. hält es nicht für unmöglich, dass es dereinst ge-



lingen werde, auf diesem Wege direct Heilsubstanzen in den Wirbelcanal einzuführen, respective der Cerebrospinalflüssigkeit beizumischen und so eine Art der Localtherapie des Gehirnes und Rückenmarkes, respective deren Häute, zu inauguriren. Es spricht dafür die Beobachtung, welche Verf. in einem Falle unmittelbar post mortem mit der Einspritzung von Methylviolettlösung unter starkem Druck machte; die Färbung der Pia erstreckte sich, wie die Section erwies, bis zur Medulla oblongata hinauf. Unliebsame unmittelbare Wirkungen der raschen Herabsetzung des Hirndruckes wurden nicht beobachtet, nur in einem Falle zeigte sich darnach Arhythmie der Herzaction von kurzer Dauer.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

709. ***Guajacolbehandlung auf epidermatischem Wege.*** *Von Dr. **St. Sciolla**, Genua. (Pharm. Post. 1893.)*

Auf die Haut aufgepinselt, wird Guajacol nach Verf. rasch absorbirt und hat dieselben Eigenschaften wie das durch Mund oder Clystier aufgenommene Präparat. Es bewirkt alsdann angeblich schnelle Temperaturerniedrigung nicht nur bei Phthisischen und wird in der Wirkung erhöht, wenn die eingepinselte Fläche mit Guttapercha oder dergleichen bedeckt wird. Cyanose oder andere unangenehme Erscheinungen wurden nicht bemerkt. Nach etwa einer Stunde beginnt die Ausscheidung durch die Nieren als Guajacolschwefelsäureäther und ist nach 4—5 Stunden beendet. Es können täglich mehrere Einpinselungen ohne Nachtheil vorgenommen werden, nach Verf. sogar bis 30 Grm.

*Hausmann*, Meran.

710. ***Fussabreibungen als belebendes Mittel.*** *Von Dr. **Urbaschek**, Wasserheilanstalt Mürzzuschlag. (Original-Mittheilung.)*

Ein Herr in vorgerückteren Jahren, klein, dabei sehr corpulent, mit Fettherz und nervenschwach, wurde plötzlich nach einer Gemüthserregung unwohl und sank bewusstlos auf seinen Sessel zurück. Ein förmlicher Collaps trat ein. Ich war gerade zur Stelle, als sich dieser bedenkliche Vorgang ereignete. Die bekannten Wiederbelebungsmittel blieben erfolglos, die Situation stieg auf das Schlimmste und liess den letalen Ausgang befürchten. Da liess ich noch rasch eine kräftige Fussabreibung vom Knie an mit einem in frisches Wasser getauchten Leinentuch vornehmen. Schon während dieser Procedur wurden einige Seufzer und tiefe Athemzüge ausgelöst, und bald kehrte das Bewusstsein wieder, und ein darauf folgender allgemeiner Schwächezustand wurde durch eine kalte Abreibung wesentlich gebessert.

711. ***Das Exalgin als schmerzstillendes Mittel.*** *Von Dr. **v. Weismayer**. Aus der v. Schrötter'schen Klinik in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 58.)*

Das Exalgin (Methylacetanilid) ist geruch- und geschmacklos, ist schwer löslich in kaltem, leichter in heissem Wasser, sehr leicht in Alkohol. Verf. brachte es in 31 Fällen zur Anwendung,



und zwar sowohl in Pulverform, als auch in Lösung. Die Vorschrift zu letzterer lautet:

*Exalgini* 0·25—1·0,
*Alkoh. (90%) qu. s.*
*Syr. Diacod.* 10·0,
*Aq. dest.* 90·0.
D. S. in 24 Stunden zu verbrauchen.

Das Resultat der angestellten Versuche fasst Verf. folgendermassen zusammen: Das Exalgin ist bei fieberlosen Krankheiten, in Tagesdosen von 0·5—1·0 angewendet, unschädlich. Die Körpertemperatur bleibt bei diesen Dosen unbeeinflusst, ebenso war niemals eine Veränderung in der Frequenz oder Qualität des Pulses nachzuweisen. Das Exalgin vermindert den Schmerz nicht ebenso sicher, als etwa das Morphium Schlaf erzeugt, das Antipyrin die Temperatur herabsetzt etc., doch entfaltet es bei Neuralgien und Rheumatismus eine auffallend günstige schmerzstillende Wirkung. Weniger ausgebildet ist diese bei Schlingbeschwerden, die durch anatomische Störungen hervorgerufen sind. Das Mittel lässt bei Entzündungsschmerz, sowie bei Schmerz durch Stauung in parenchymatösen Organen ganz im Stiche. In den meisten Fällen tritt die Wirkung erst nach einigen Tagen ein; am schnellsten wieder bei Neuralgien. In einem Falle von Gastralgie konnte der Schmerz in einer Minute coupirt werden.

In einem von *Reginal Broadbent* (Lancet 1892; Deutsche Med.-Ztg. 1893. 58) mitgetheilten Falle traten bei einem anämischen jungen Manne, 26 Jahre alt, der Exalgin gegen eine Neuralgie anwandte, nach Einnahme von 0·75 Exalgin Uebelkeit, schwacher Puls, heftige Magenschmerzen als Intoxicationserscheinungen auf. Nach Injection von 0·005 Apomorphin und 0·0001 Strophantin mit 10 Tropfen Aether trat Erholung ein. Es wäre demnach 0·75 Grm. Exalgin, auf einmal genommen, eine viel zu hohe Dosis.

—*r.*

712. ***Ueber wasserlösliche Kresole in der operativen Medicin und Desinfectionspraxis.*** *Von Prof. Dr. **Hueppe**. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 21. — Centralbl. f. Chir. 1893. 28.)*

Nach Verf. sollen die Solveole in der operativen Chirurgie, auch besonders in der Kriegschirurgie, Carbolsäure und Sublimat ersetzen können. Solveol gibt mit jedem Wasser klare, neutrale, fast geruchlose, nicht schlüpfrige Lösungen. Besonders Lysol kann dem Solveol nicht gleichkommen. Da Lysol Seifen enthält, gibt es mit undestillirtem Wasser Niederschläge und macht die Hände und Instrumente schlüpfrig. Während der Choleraepidemie in Hamburg scheint man sich allgemein von Lysollösungen noch zu Gunsten des Carbols und Sublimates abgewendet zu haben. Solveol hat vor der Carbolsäure voraus, dass es in entsprechenden Lösungen weniger giftig und ätzend wirkt und die Hände nicht taub macht. Für die grobe Desinfection zeigt das Solutol grosse Ueberlegenheit vor dem Lysol und leistet antibacteriell so viel wie Sublimat, ohne dessen Giftigkeit zu besitzen, die es für die grobe Desinfectionspraxis ungeeignet macht. Milzbrandsporen werden in 10 bis 30 Minuten mit 10%iger Rohsolutollösung auf 50—55° erwärmt, unschädlich. Das Desinficiens zerstört die begossenen Objecte nicht.



Die Solveole sind neutrale wässerige Lösungen der Kresole in den Salzen der Orthooxycarbon- oder Orthooxysulfonsäuren, während bei den alkalischen Solutolen die Kresole in Kresolalkali gelöst sind.

713. ***Myrtillus als Gegenmittel des Diabetes mellitus.*** *Von Prof. Karl Kètli, Budapest. (Orvosi Hetilap. 1893. 18. — Pester med.-chir. Presse 1893. 27.)*

Verf. versuchte in 5 Fällen von Diabetes mellitus den von *Weil* empfohlenen Myrtillus in Form der Pillulae myrtilli Jasper. Nach *Weil* soll Myrtillus in 8—14 Tagen den Zuckergehalt des Urins beträchtlich herabsetzen; das Allgemeinbefinden soll sich bessern, das Körpergewicht zunehmen. Nach seiner Ansicht nütze selbst die rigoroseste Diät nicht so viel, als eine nicht rigorose Diät mit einer Myrtilluscur. Nach den Erfahrungen Verf.'s ist Myrtillus ein unschädliches Mittel, das selbst nach längerem Gebrauche keine Unannehmlichkeiten macht. Bei schwereren Diabetesfällen setzt es den Zuckergehalt nicht herab, es bessert nicht den allgemeinen Zustand des Kranken und Heilwerth hat es keinen!

*—r.*

714. ***Zur Behandlung der Appetitlosigkeit und Abmagerung bei Phthisikern.*** *Von Dr. Bernheim, Paris. (Semaine méd. 1893. 43. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 57.)*

Unter den frühesten Symptomen der Lungenschwindsucht ist vor Allem Abmagerung zu nennen. Daraus ergibt sich eine der Hauptindicationen der Behandlung dieser Krankheit in ihrem Anfangsstadium. Nach Verf. ist die Pflege des Kranken, falls nur seine Verdauung geregelt ist, in jedem Falle leicht durchzuführen, wenn man ihm fettreiche Nahrung dauernd verabreicht. Hier kommen in erster Linie Hammel- und Rindsfett, frische Leber, ferner Sardinen, frische Butter, Eigelb, Hammelhirn u. s. w. in Betracht. Bei dauernder Appetitlosigkeit des Patienten ist die Pflege nur schwer durchzuführen. Sehr oft besteht Anorexie bei Phthisikern. Hier genügt dauernder Aufenthalt in frischer Luft, sowie die übrigen hygienischen Massregeln nicht immer, um den Appetit zu wecken, vielmehr bedarf es noch der Application einiger den Appetit reizender Medicamente, unter welchen die Bittermittel in erster Linie zu empfehlen sind. Verf. verschreibt Tinct. nucis vomic. in Dosen von 3 Tropfen Morgens und Abends vor der Mahlzeit, diese Gaben können bis auf 10 Tropfen pro dosi erhöht werden. Ausserdem werden Pulver von folgender Zusammensetzung gegeben: Rp. *Pulv. nucis vomic. 0·03, Pulv. radic. gentian. 0·1.* D. tal. dos. Nr. 30. S. 1 Pulver Morgens und Abends vor der Mahlzeit zu nehmen. Statt dieser Medicamente kann man Enzianwein oder 1/4 Tasse von Quassiamaceration oder Chinadecoct geben, gleichfalls vor der Mahlzeit. Eine gleichfalls ausgezeichnete Medication, welche insbesondere lebhaft die Magenverdauung anregt und gleichzeitig das Allgemeinbefinden hebt, ist nach Verf. folgende: Rp. *Acid. carbol. crystall. 1, Glycerin. depurat. 300.* D. S. vor jeder Mahlzeit 1 Esslöffel in etwas schwarzem Kaffee zu nehmen. Gelingt es mittelst dieser Stimulantien nicht unmittelbar, den Appetit zu heben, so muss man auf Milch, Kumys, Kefir, Fleischpulver oder andere Fleischpräparate zurückgehen. Handelt es sich um Appetitlosigkeit in Folge von Verdauungsstörungen, so müssen



diese letzteren energisch bekämpft werden. Unter diesen Symptomen kommen meistens Magencatarrhe in Frage, die in allen Stadien der Krankheit auftreten können. Ist der Catarrh subacut, so wird er sich unter dem Einflusse von salinischen Abführmitteln oder abführenden natürlichen Mineralwässern, in grossen Dosen, zwei- bis dreimal wöchentlich zu nehmen, leicht bessern. Häufig ist jedoch die Verdauungsstörung nicht eine Folge des Magencatarrhs, sondern der Dyspepsie, welche durch Veränderung der Secretionsdrüsen und der Elasticität der Muskelfasern des Magens herbeigeführt wird, ein Zustand, welcher oft in engem Anschluss an das Fieber und die Eiterresorption des Kranken auftritt. In diesen Fällen muss man selbstverständlich in seiner Behandlung die Ursache der Verdauungsstörung berücksichtigen. Contraindicirt ist in diesen Fällen besonders die Verabreichung des Leberthrans, des Creosots und des Alkohols; dagegen ist ein möglichst tonisirendes Ernährungsregime zu empfehlen. Endlich muss man in den seltenen Fällen, in welchen es unmöglich ist, die Patienten per os zu ernähren, möglichst sofort eine Ernährung per rectum einleiten. Verf. verfährt dabei folgendermassen: Er gibt alle 3 Stunden zuerst eine laue Eingiessung, um das Rectum zu reinigen, hierauf folgende ernährende Mastdarmeingiessung: Lactis 300, Vitellum ovi unius Nr. 2, Spirit. rect. (alter Rum) 15. D. S. Zur Eingiessung. Oder: Bouill. 300, Pulv. carn. 40, Vitellum ovi unius Nr. 1. D. S. Zur Eingiessung. Oder endlich Bouill. 380, Pepton 50, Spiritus rect. 15. D. S. Zur Eingiessung. Werden diese Eingiessungen alle 3 Stunden wiederholt, so entsprechen sie einer genügenden Menge von Nährstoffen. Sie gestatten ausserdem dem Arzte, Mittel und Wege zu finden, um der fortschreitenden Abmagerung der Patienten vorzubeugen. Gewöhnlich werden die Clystiere gut vertragen. Wenn, wie es selten vorkommt, als Folge derselben Diarrhoe oder Schmerzen auftreten, so werden sie einige Tage suspendirt, um dann von Neuem aufgenommen zu werden. Nach Ablauf einiger Zeit gelingt es im Allgemeinen, die Patienten bereits wieder per os zu ernähren. —r.

715. ***Zur Behandlung der Cholerakranken.*** *Von* **Münzer.** *(Prager med. Wochenschr. 1893. 26.)*

Wir besitzen für die Cholera, sowie für die grosse Mehrzahl der Infectionskrankheiten noch keine „ätiologisch specifische" Therapie. Das von *Klebs* zur Behandlung cholerakranker Menschen empfohlene Anticholerin hat im Stiche gelassen. *Klemperer* glaubt die Menschen durch Behandlung mit Choleraculturen oder mit dem Serum immunisirter Thiere ebenfalls immun gemacht zu haben, und erblickt hierfür einen Beweis in der Thatsache, dass das Blutserum derartiger Menschen Thieren beigebracht, letztere ebenfalls choleraimmun machte. Wie weit diese Präventivimpfung sich späterhin bewähren wird, muss eingehenderen Untersuchungen überlassen werden. Aus der grossen Menge empfohlener Mittel und Verfahren sind es drei Eingriffe, die mehr und mehr Vertrauen erwecken, und zwar die Anwendung des Calomel, die Tannin-Enteroclyse nach *Cantani* und die subcutane, resp. intravenöse Kochsalzinfusion. Alle anderen Mittel, welche in so grosser Zahl hier empfohlen wurden, das Salol *(Löwenthal)*, das Cresol,



die Salzsäure, Milchsäure etc., haben sich nicht bewährt; auch das neuerdings von *Hueppe* empfohlene Tribromphenol muss erst eingehend erprobt werden, um empfohlen werden zu können. Nach den vorliegenden Angaben dürfte sich folgendes Vorgehen noch am meisten bezüglich der Behandlung Cholerakranker bewähren: Im Beginne der Krankheit, wenn Erbrechen und Diarrhoen vorhanden sind, wird sich vor Allem die Anwendung des Calomels und die Darminfusion mit Gerbsäure empfehlen. Das Calomel wird nach *Rumpf* bei Erwachsenen in der Dosis von 0·02—0·05 Grm. 2stündlich gegeben; die gesammte zu verabreichende Dosis beträgt 1 Grm. in ein bis zwei Tagen. In einer grossen Zahl von Fällen sistirt nach Verabreichung dieses Mittels das Erbrechen, während die Stühle Anfangs häufig noch reichlicher werden, um entweder schon während der Behandlung mit Calomel oder erst nach dem Aussetzen des Medicamentes ebenfalls aufzuhören; in einzelnen Fällen tritt sogar ausgesprochene Verstopfung ein. — Ferner verdient, insbesondere falls nach der Anwendung des Calomels neuerdings Diarrhoen eintreten, die Enteroclyse nach *Cantani* in Anwendung gebracht zu werden. Zu diesem Zwecke werden 5·0—20·0 Grm. Acidum tannicum in 1500—2000 Ccm. destillirten Wassers gelöst; hierzu kommen nach *Cantani's* Vorschrift noch 20—30 Tropfen Opiumtinctur und 30—50 Grm. Gummi arabicum; das Ganze wird nun auf 38—40° C. erwärmt und nun mittelst *Hegar*'schen Trichters und Darmrohres oder eines einfachen Irrigators in den Darm einlaufen gelassen und, falls von Neuem Diarrhoen eintreten, die Enteroclyse wiederholt. Schliesslich werden schon um diese Zeit heisse Bäder mit nachfolgender Einpackung in trockene, warme Decken, sowie die Darreichung von Alkoholicis nur günstig wirken. Verf. erwähnt ferner, dass *Lewaschew* an Stelle des Calomels warm für den Gebrauch des Ricinusöls eintritt, das ja schon insoferne grosse Vortheile bietet, als wir von demselben keinerlei Nieren- oder Darmreizung befürchten müssen, wie eine solche bei der Darreichung von Calomel in grösseren Dosen so leicht eintritt. Bekommen wir den Kranken erst im Stadium algidum zur Behandlung, dann wird besonders in Frage kommen: die subcutane, resp. intravenöse Kochsalzinfusion. Für die intravenöse Kochsalzinfusion treten insbesondere die Hamburger Aerzte sehr ein und geben an, dass man bei der Infusion von auf 40° C. erwärmter 0·6% Kochsalzlösung in der Menge von 1—2 Liter insoferne sehr schöne Erfolge gesehen hat, als der Puls tastbar, die Stimme kräftiger wurde, das Auge wieder etwas Glanz bekam, mit einem Worte das fast erloschene Leben wiederkehrte; doch kehrte meist in Kurzem der alte Zustand zurück und da ausserdem zur Ausführung der intravenösen Infusion viel mehr Zeit nöthig ist, als man zur Zeit dieser Epidemie meist zur Verfügung hat, da hierbei ferner peinlich rein vorgegangen werden muss, wird man wohl in der Mehrzahl der Fälle sein Auskommen finden müssen mit der subcutanen Kochsalzinfusion, welche in der Weise ausgeführt wird, dass der mit Gummischlauch und Nadel (Canüle) armirte Trichter zunächst mit ausgekochtem Wasser — dem eventuell etwas Carbolsäure zugesetzt wurde — gut gereinigt und hernach das ganze System mit auf 40° C. er-

wärmter 0·6%iger Kochsalzlösung gefüllt wird. Nun wird die Nadel unter die Haut (am besten Bauchhaut), eingestochen, genau so, wie das bei einer Morphiuminjection geschieht, und 1–2 Liter der Flüssigkeit einlaufen gelassen, wobei man gleichzeitig durch Massage der unter der Haut sich ansammelnden Flüssigkeit für eine rasche Resorption derselben Sorge trägt. In diesem Stadium werden dann noch protrahirte heisse Bäder gegen die starke Abkühlung des Körpers, sowie die innerliche oder subcutane Darreichung von Cocain oder Morphium gegen die sehr schmerzhaften Wadenkrämpfe, die Anwendung des Moschus und Camphers (Campheröl 1—2 *Pravaz*'sche Spritzen) gegen eventuellen Collaps vor Allem am Platze sein.

716. ***Thiuret, ein schwefelhaltiges Antisepticum.*** *Von Dr. F. Blum, Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 8. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 59.)*

Von jeher wird dem Schwefel eine Wirkung auf den Organismus zugeschrieben. Dieselbe ist von manchen Forschern in der Reductionswirkung des Schwefels bei Gegenwart von Alkali (Bildung von Sulfiden), respective in der Wirksamkeit dieser Sulfide selbst gesucht worden, während andere Autoren der desinficirenden Kraft von möglicherweise entstandener schwefliger Säure den Erfolg einer Schwefelbehandlung zugeschrieben haben. Bewiesen ist, dass Schwefel Mikroorganismen gegenüber sich chemisch nicht indifferent verhält. Wenn nun dem fertigen Schwefelmolecül derartige Eigenschaften zugeschrieben werden, so ist anzunehmen, dass Schwefel in statu nascendi, wie schon in chemischer, so auch in physiologischer Hinsicht eine weit grössere Wirksamkeit entfalten kann. Verf. hat nun den in Folgendem zu beschreibenden Körper — das „Thiuret" —, welches leicht Schwefel abspaltet, auf sein Verhalten gegenüber Mikroorganismen geprüft und an ihm hervorragend antibacterielle Eigenschaften entdeckt. Die antiseptische Kraft des Thiurets ist nach Verf. weit grösser, als irgend eines anderen Trockenantisepticums, denn es verdirbt nicht nur den Nährboden für jegliches Wachsthum, sondern vermag sogar die Mikroorganismen abzutödten. Die Wirkung des Thiurets führt Verf. durch chemische Reaction und physiologisches Experiment auf das Auftreten von Schwefel in statu nascendi zurück. Das Thiuret entsteht aus dem Phenyldithiobiuret durch Oxydation: $C_8 H_9 N_3 S_2 + O = H_2 O + C_8 H_7 N_3 S_2$. Das Thiuret besitzt schwach basische Eigenschaften, ist ein leichtes, geruchloses, krystallinisches Pulver, welches in Wasser fast unlöslich ist, in Alkohol und Aether sich ziemlich leicht lösen lässt. Nachdem Verf. festgestellt hatte, dass auch das Thiuretsalz das Bacterienwachsthum sofort aufhebt und Mikroorganismen allmälig abtödtet, lag eine therapeutische Verwerthung des Thiurets als Trockenantisepticum nahe. Bedingung dafür war die Ungiftigkeit des Präparates bei äusserer Application. Innerlich eingegeben verursachte ein Thiuretsalz bei einem Hunde starke Diarrhoe, bei zwei anderen Erbrechen der eingegebenen Substanz. Zwei Kaninchen wurden mittelst Sonde ein Quantum (circa 3 Grm.) des jodwasserstoffsauren Thiurets einverleibt. Beide bekamen zwei Tage lang Diarrhoe; im Uebrigen blieb der Zustand aller Thiere normal. Zwei Kaninchen wurde nach Laparotomie



je 2 Grm. jodwasserstoffsaures Thiuret in die Bauchhöhle gebracht und alsbald die Wunde vernäht. Beide Thiere befanden sich 14 Tage lang völlig wohl. Nach diesem Termine wurden sie getödtet, um die Bauchhöhle zu untersuchen. Das Peritoneum zeigte keine Spur von Reizung oder Entzündung; ein Theil der Substanz lag unverändert als Klumpen zusammengebacken im Bauchraum. Es war somit durch den Thierversuch festgestellt, dass selbst nach Aufnahme grösserer Mengen von Thiuret keine erheblicheren Vergiftungserscheinungen oder nachtheilige Folgen für den Organismus auftraten. Ueber die Resultate der am Menschen ausgeführten therapeutischen Versuche wird Verf. später berichten.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

717. ***Hundert Radicaloperationen von Leistenhernien, ausgeführt nach dem Verfahren Bassini's.*** *Von Prof.* ***Nicoladoni****, Innsbruck. (Wiener Med. Presse. 1893. 22.)*

Die *Bassini*'sche Operation hat in letzter Zeit alle übrigen Radicaloperationsmethoden verdrängt. Die Bedingungen, welche sie setzt, der Abschluss der inneren Bruchpforte im Peritonealniveau. das Aufhören des Bruchsackes sind die denkbar besten und es sind deshalb die durch diese Operation erzielten Resultate vorzüglich. Grosse Schwierigkeiten machten manchem Operateur bei der Ausführung der technisch leichten Operation die Isolirung des Samenstranges mit seinen Gefässen bis zum Bruchsackhalse, bis zum Peritonealniveau. Mit Recht legt Verf. den grössten Nachdruck auf diesen Theil der Operation und führt unter tabellarischer Mittheilung der Krankengeschichten von 100 operirten Fällen die Methode an, nach welcher an seiner Klinik die Abpräparirung des Samenstranges vom Bruchsacke vorgenommen wird. Nachdem die Spaltung der M. obliqui der Fascia transversa in bekannter Weise vorgenommen ist, wird der Bruchsack durch Einführung des Zeigefingers bis zur Bruchpforte freigemacht und hierauf mit dem Finger der nach aussen liegende Samenstrang vom Bruchsackhalse zu trennen gesucht. Der Assistent fasst die dem Samenstrange angehörigen mit dem Messer vom Bruchsacke isolirten und abgetrennten Gefässbündel sammt dem Vas deferens und zieht sie nach aussen ab, während der Operateur von innen her den linken Zeigefinger unter den Bruchsack einführt und alle diesem angehörige Partien nach innen zieht. Hierauf wird diese Ablösung wenn möglich stumpf nach aufwärts bis zur Apertura interna und nach abwärts fortgesetzt. Der freigemachte Bruchsack wird dann hervorgezogen, möglichst in der Apertura interna doppelt mit Seide abgebunden und abgetragen. Der Stumpf verschwindet in der Bauchhöhle, die Mm. obliquus interna und transv. schliessen sich über demselben zusammen. Hierauf Vereinigung der fleischigen Bauchwand mit dem *Poupart*'schen Bande und Schliessung des Obliq. ext. in der bekannten Weise. Es gelang Verf. in allen 100 Fällen auf diese Weise den Samenstrang bis zur Apertura interna vom Bruchsacke zu isoliren. Von allen 100 Operirten, und es sind sehr schwierige und complicirte Fälle darunter, starb ein Mann 16 Tage



nach der Operation an Pyämie, welche durch zwei septische Muskelsuturen veranlasst war. Wir gratuliren dem ausgezeichneten Operateur und der Klinik herzlich zu dem glänzenden Resultate.

*Rochelt.*

718. ***Zur operativen Behandlung der Bauchfelltuberculose im Kindesalter.*** *Von Dr. **L. Conitzer**, Hamburg. Vortrag im ärztlichen Vereine Hamburg. 1893.*

Auf der chirurgischen Abtheilung Dr. *Alsberg's* kamen 7 Fälle von Bauchfelltuberculose an Kindern zur Operation. Vier Patienten waren an der exsudativen Form erkrankt — diffuse Entzündung des Peritoneums mit Verdickung desselben, vereinzelte Verwachsungen, massenhafte Eruption verkleinerter Tuberkeln und Ansammlung mehr oder weniger grosser Mengen frei beweglicher, seröser Flüssigkeit. Drei Fälle boten das Bild der „trockenen" oder „plastischen" Peritonealtuberculose, Schwartenbildung, ausgedehnte Verwachsungen. Auch *Alsberg* erzielte die bisher nicht erklärten, von fast allen Beobachtern gleichmässig constatirten ausgezeichneten Resultate durch Laparotomie. Die ersten angeführten vier Fälle heilten, trotzdem sie vor der Operation lange Zeit resultatlos intern behandelt worden waren. Bei den „trockenen" Formen der Peritonealtuberculose waren starke Complicationen vorhanden, nur in einem Falle trat Heilung ein, in den beiden anderen erlagen die Kinder dem Krankheitsprocesse, der nach der Operation eine längere Zeit stille zu stehen schien. Vortr. kommt zu folgenden Schlüssen: Die Bauchfelltuberculose ist selten spontan heilbar; durch Laparotomie sind alle Formen der Erkrankung heilbar oder doch besserungsfähig. Die Operation ist indicirt insbesondere bei chronisch-serösen Ergüssen, wenn die interne Therapie keine Besserung erzielt, contraindicirt nur bei sehr heruntergekommenen und an schwerer sonstiger Tuberculose leidenden Kindern. *Rochelt.*

719. ***Zur Behandlung des Erysipels.*** *Von Prof. **Kolaczek** in Breslau. (Centralbl. f. Chir. 1893. 28.)*

Bei Störung des Wundverlaufes durch Erysipel bedeckt Verf. den ganzen vom Erysipel befallenen Hautabschnitt bis etwa handbreit in die normale Umgebung hinein mit einem in $5^0/_0$ige Carbollösung getauchten Stück Gummipapier und sorgt durch Auflegen einer Watteschicht und feste Bindeneinwicklung dafür, dass dasselbe der Haut recht innig und faltenlos anliegt. Nach 24 Stunden erneuert er diesen Verband unter entsprechender Vergrösserung desselben, falls noch ein Fortschreiten der Entzündungszone nachweisbar war. Durch das schon im ersten Falle dieses Verfahrens erzielte Resultat fand Verf. sich bewogen, dasselbe bei den nächsten, in längeren Zeitabständen zur Beobachtung gelangenden Erysipelerkrankungen zu wiederholen. In der Regel wirkte diese Behandlung vorzüglich. Sie ergab namentlich beim Erysipel der Extremitäten den schnellsten und besten Erfolg wohl aus dem Grunde, weil es hier am leichtesten gelingt, den erkrankten Körperabschnitt in seinem ganzen Umfange gleichmässig abzuschliessen. Ein vom Fusse ausgehendes und bis an's Knie reichendes Erysipel wurde schon durch eine einmalige derartige Einwicklung, also nach 24 Stunden, local und in seinen heftig ausgesprochenen Allgemeinerscheinungen



coupirt. Andere Male wieder bedurfte es zur Unterbrechung des entzündlichen Processes 2—4 Tage, besonders wenn nicht bald nach dem Ausbruch desselben mit dieser Behandlung begonnen worden war. Aber auch dann zeigte sich ihre Wirkung zunächst darin, dass die Entzündung langsam fortschritt und nur in schmalen Zonen oder in zerstreuten Flecken weiter kroch. Einen relativ weniger günstigen Effect dieser Occlusivbehandlung sah Verf. beim Erysipel des Rumpfes, wohl weil eine völlig abschliessende Bedeckung der zum Theil so unregelmässigen Oberfläche seines unteren Abschnittes besonderen Schwierigkeiten begegnet, und weil es im Bereiche des Brustkorbes schwer gelingt, einen luftdichten Abschluss der bei der Athmung auf- und absteigenden Decken zu erreichen. Bei Gesichtserysipelen, wobei die Terrainschwierigkeiten in noch höherem Grade sich geltend machen, verspricht Verf.'s Methode nur einen Erfolg, so lange die Haargrenze von der Entzündung noch nicht erreicht ist. Das Gummipapierstück bekommt hier ungefähr die Form einer Maske. Später hat Verf. diese Methode der Occlusivbehandlung dahin modificirt, dass er die einmal angelegten Gummipapierstücke in ihrer Lage beliess und nur in dem Masse, als das Erysipel die Ränder derselben irgendwo überschritt, neue, entsprechend breite Stücke hinzugefügt. Auch hat er die Annetzung mit Carbolwasser unterlassen. Gummipapier, das so mehrere Tage einer Hautpartie angelegen hatte, erwies sich bei der Abnahme mit der Epidermis so innig verklebt, dass dieselbe in grossen Fetzen sich mitablöste. Die Theorie der geschilderten Behandlungsweise des Erysipels stützt sich auf eine möglichst vollständige Aufhebung der Perspiration im Gebiete des davon befallenen Hautabschnittes. Die Zurückhaltung der giftigen Perspirationsgase, der verschiedenen Componenten des Talges und Schweisses in dem Gewebe der Cutis kann nicht ohne Einfluss auf die Entwicklung des Erysipelstreptococcus bleiben. Es ist ferner nicht unwahrscheinlich, dass die von diesen Mikroben producirten Ptomaine, welche wohl wenigstens zum Theil durch die Haut ausgeschieden werden, in derselben festgehalten, auf ihre Erzeuger selbst entwicklungshemmend zurückwirken. Sicherlich ist die in relativ grosser Menge von der Haut ausgeschiedene Kohlensäure ein antibacterieller Stoff. Wenn die neuerdings wieder in Aufnahme gekommene Bepinselung der Erysipelflächen mit Collodium auch wirksam ist, so dürfte zur Erklärung dieser Heilwirkung die eben angedeutete Theorie ebenfalls passend herangezogen werden. *O. R.*

720. ***Eine Extrauterinschwangerschaft mit nachfolgender Retention der reifen Frucht.*** *Von Dr. Adolf Reifer, Tarnobrzeg. (Aerztl. Central-Anzeiger. 1893. 20.)*

Der Fall betraf eine 42 Jahre alte Multipara. Am Ende des dritten Schwangerschaftsmonats wurde sie von vehementen Schmerzen im Unterleibe unter bedrohlichen Collapserscheinungen befallen. Diese wichen zwar den angewandten Belebungsmitteln, doch blieben ungewöhnliche Molimina gravidarum zurück, welche nicht minder als die wiederholten Peritonitiden sammt der naturwidrigen Lage und Entwicklung des Fruchthälters im Bauchraume, den begründeten Verdacht einer Extrauterinschwangerschaft erregten. Der Verlauf bestätigte die Diagnose. Als charakteristisch



erwähnt Verf.: Die continuirliche blutig-schleimige Secretion aus dem Genitaltracte, die Kindesbewegungen, welche erst im siebenten Monate auftraten, unausgiebig und sehr schmerzhaft waren, aber auch mittelst aufgelegter Hand gefühlt wurden und schliesslich als untrügliches Merkmal der Gravidität die Fötalherztöne. Sie waren im linken Epigastrium der Schwangeren, 150 in der Minute und abnorm deutlich wahrnehmbar. Zehn Lunarmonate nach der Conception stellten sich Anzeichen der Geburt ein; reichlicher Ausfluss, steigende Wehenthätigkeit, periodische Contractionen, welche sich hauptsächlich auf den rechten unteren Theil des Bauchtumors erstreckten. Hier lag nämlich der vom Fruchtsacke in die Höhe gezerrte, faustgrosse, völlig leere Uterus. Die Geburtsaction dauerte dreissig Stunden, worauf die Wehen nachliessen. Mit ihnen waren aber auch Bewegung, Herztöne und Lebenszeichen der Frucht verschwunden. Lochien mit Ausscheidung von Deciduaresten wurden während einiger Wochen beobachtet. Zur Zeit sind mehr als neun Monate von der Retention der reifen Frucht verstrichen. Patientin kann herumgehen, leichte Arbeiten verrichten, und hat wiederum in vierwöchentlichen Intervallen ihre Menstruation, doch bleibt die Bauchgeschwulst, welche gleich nach der Pseudogeburt sich merklich verkleinert hatte, jetzt auf derselben Grösse und in demselben Umfange stehen und heischt stete Angst und Vorsicht. (Autoreferat.)

721. ***Ueber Reflexhemmung der Athem- und Herzbewegungen bei operativen Eingriffen in der Bauchhöhle.*** *Von Dr. Engström. (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn. Bd. XXVI. Heft 2. — Münchener Wochenschr. 1893. 28.)*

Beginnend mit dem *Goltz*'schen Klopfversuch bespricht Verf. die verschiedenen physiologischen Experimente über Reflexhemmung der Athem- und Herzbewegungen bei Reizung von Abdominalorganen und fügt hieran, unter Mittheilung einiger Fälle, eine klinische Untersuchung über die als Shock bezeichnete Erscheinung, wie sie mitunter bei intraabdominellen Operationen und sicher ohne den Einfluss der Narcose beobachtet wird. Derartige Reflexhemmungen der Athem- und Herzbewegung treten nicht nur bei energischen und wiederholten intraabdominellen Eingriffen auf, sondern wie des Verf. Fälle zeigen, auch bei ganz vorsichtigen Manipulationen und es ist unter Berücksichtigung der physiologischen Thatsachen vielmehr überraschend, dass dieselben nicht öfter beobachtet werden. Als Grund für dieses Verhalten sind nach Verf. mehrfache Momente anzusprechen, und zwar: individuell verschiedene Irritabilität, sodann die reflexhemmende Wirkung der Narcose; vielleicht auch degenerative Veränderungen am Herzen (braune Atrophie, Fettdegeneration); weiter glaubt Verf. annehmen zu dürfen, dass bei Reizung der Eingeweide des Bauches auch beschleunigende Nervenfasern reflectorisch getroffen werden können; endlich scheint auch die Beschaffenheit der Peritonealauskleidung von nicht geringem Einfluss auf das Entstehen der Erscheinung zu sein: bei Veränderung des Peritoneums durch chronische Entzündungen und Adhärenzenbildung dürften auch die in der Muscularis und Serosa befindlichen Nervenendigungen in ihrer Reizbarkeit herabgesetzt sein; dementsprechend hat Verf. die Reflex-



hemmung stets in Fällen beobachtet, in welchen das Peritoneum vollständig normal war. — Die Therapie solcher Zustände besteht in der Einleitung der künstlichen Respiration; durch den mechanischen Reiz wird hierbei eine Wiederanregung der abgebrochenen Herzthätigkeit erzielt.

722. ***Ein Fall von doppelter Darmeinklemmung.*** *Von **N. Ostermeyer**, Budapest. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 4. — Centralbl. f. Chir. 1893. 28.)*

Verf. berichtet über einen sehr lehrreichen Fall von doppelter Brucheinklemmung bei einer 58jährigen Frau, welche mit Zeichen einer linksseitigen eingeklemmten Schenkelhernie in das Allgemeine Krankenhaus St. Johann zu Budapest aufgenommen wurde. Bruchschnitt, Bruchinhalt, Netz, Abtragung von drei angewachsenen Strängen und Reposition des Stumpfes. In der Nacht Abgang von flüssigen Kothmassen und Gasen. Jedoch keine subjective Besserung; am folgenden Morgen noch heftigere Erscheinungen des Darmverschlusses als vor der Herniotomie. Meteorismus, heftige Darmperistaltik, hochgradige Schmerzhaftigkeit des Bauches, Collaps. Neuerdings Eröffnung der Herniotomiewunde, im Anschluss daran Laparotomie, median von der Bruchpforte das Netz an die vordere Bauchwand angelöthet, zwischen dessen Platten ein mannsfaustgrosses Lipom, welches mit zu breiteren und schmäleren Bändern ausgezogenen Adhärenzen an mehrere mit einander verwachsene Darmschlingen befestigt war. Durch den primären Eingriff (Abtragung der mit dem Bruchsack verwachsenen Netzstränge) waren die Spannungs- und Dislocationsverhältnisse der um die Bruchpforte gelagerten und mit einander verwachsenen Baucheingeweide derart verändert worden, dass eben derselbe Eingriff, der die äussere Einklemmung beseitigte, die innere Einklemmung verursachte. Exstirpation des Netzlipoms. Nachlass der Occlusionserscheinungen; fieberlose Heilung.

723. ***Fettige Degeneration des Uterus, Exstirpation des letzteren, Genesung.*** *Von **J. N. Martin**, Professor an der Universität zu Michigan. (Amer. Journ. of Obstetr. 1893, Mai-Heft, pag. 713.)*

Eine 32jährige Frau, Mutter von vier Kindern, deren Alter zwischen neun und fünf Jahren schwankte und die nie abortirt hatte, sowie immer normal menstruirt hatte, klagte, dass seit sechs Jahren die Menstruation immer profuser und dysmenorrhoisch geworden sei. Gleichzeitig gab sie an, dass sie seit sechs Jahren an Schmerzen in der rechten Ovarialgegend leide, die immer an Intensität zunehmen und dass sich daselbst ein hühnereigrosser Tumor gebildet habe, der in der letzten Zeit rasch an Grösse zugenommen habe. Bei der Untersuchung fand sich ein Tumor, der bis zum Nabel hinaufreichte und ein bedeutend vergrösserter Uterus. Dabei war die Frau in der Ernährung stark herabgekommen und sehr blutarm. Der Tumor erwies sich als eine rechtsseitige Ovarialcyste. Der Uterus war beweglich und mass seine Höhle über 6 Zoll (etwa 15—16 Cm.). Bei der Untersuchung mit der Sonde blutete er stark und fühlte sich die Innenwand des Uterus weich, schwammartig an. Da eine Curettage des Uterus die Blutung nicht stillte, wurde beschlossen, zu laparotomiren. Es wurde die Cyste exstirpirt und ebenso der ganze Uterus. (Ob

letzteres nach der *Freund*'schen Methode oder in anderer Art geschah, wird nicht angeführt.) Die Frau überstand die Operation und befand sich seitdem wohl. Der exstirpirte Uterus wurde einer genauen Untersuchung unterzogen. Der Uterus war gleichmässig vergrössert. Seine 2—3 Zoll (5—8 Cm.) dicke Wand bestand aus Fett. Nur unterhalb seines serösen Ueberzuges fand sich eine dünne Schichte Musculatur. *Kleinwächter.*

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

724. ***Zwei Fälle von Nuclearmuskellähmungen.*** *Von Dr.* ***P. Barabaschew,*** *Charkow. Aus der Augenklinik des Prof. Fuchs, Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 17. — Centralbl. f. Augenhk. 1893. Heft 6.)*

Der erste Fall ist eine, durch einen Sturz auf das Hinterhaupt bedingte isolirte traumatische Nuclearlähmung des Trochlearis. Es war weder eine Knochenverletzung vorhanden, noch waren Zeichen von Gehirnerschütterung dagewesen. Die 21jährige Patientin fühlte sich bis auf die vorhandene, sehr störende Diplopie ganz gesund. Die Doppelbilder waren charakteristisch für rechtsseitige Trochlearislähmung, waren aber gekreuzt (manifest gewordene Insufficienz). Da keine Knochenfractur am Schädel vorlag, musste als die einzige Ursache eine Blutung in Folge einer Gefässzerreissung, und zwar in den Kern des Trochlearis, angenommen werden. Im zweiten Falle handelt es sich um eine isolirte Lähmung der Binnenmuskeln des Auges (Ophth. inferior), durch einen Fall auf den Kopf bedingt; Zeichen von Gehirnerschütterung waren nicht vorhanden. Der Fundus erscheint normal, Doppelbilder sind nicht zugegen, die linke Pupille ist fast maximal erweitert, reagirt auf Licht gar nicht, sehr wenig, aber doch noch nachweisbar auf Accommodation und Convergenz. Die Accommodation ist fast ganz gelähmt. Als Ursache musste eine Hämorrhagie in den vorderen Theil des Oculomotoriuskerns angenommen werden.

725. ***Manuelle Extraction eines ungewöhnlich grossen Nasenrachenpolypen.*** *Von Dr.* ***Zaufal.*** *(Prager med. Wochenschr. 1893. 11. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. Heft 8.)*

Der Fall, den Verf. beschreibt, ist durch die enorme Grösse des extrahirten Tumors von Interesse. Ein fibröser, derber Polyp, der nach den bei seiner Herausnahme vorgenommenen Messungen 16 Cm. lang, 6 Cm. breit, 3·5 Cm. dick war und ein Gewicht von 112 Grm. hatte, wurde nach vergeblich versuchter Extraction mittels *Catti*'scher Zange durch Eingehen mit dem Mittel- und Zeigefinger der rechten Hand aus dem linken Nasenrachenraum, den er vollständig ausfüllte, herausgeholt und dann durch kräftigen Zug entfernt. Verf. schlägt den Versuch der manuellen Entfernung grösserer Nasenrachenpolypen als Normaloperation vor, da die Blutung bei nicht zu breitem Ansatz eine geringe sei. Uebrigens räth Verf. bei jeder Operation die Tamponade mittelst Belocq in der Weise vorzusehen, dass vor der Ent-





fernung des Tumors der Faden, an dem der Tampon ausser der Mundhöhle hängt, angelegt wird, so dass man bei eventueller Blutung die Tamponade vom Choanenraum sofort vornehmen kann.

726. ***Das Verhältniss der Brustkorb-Aneurysmen zu den Nn. recurrentes.*** *Von Dr.* ***Franz Tauszk.*** *Aus dem Ambulatorium für Kehlkopfkranke der I. med. Klinik in Budapest. „Arbeiten aus Anlass des 10jähr. Bestandes.“ (Pester Med.-chir. Presse. 1893. 27.)*

Seit *Traube's* Mittheilungen (1860) haben sich zahlreiche Autoren bemüht, das Verhältniss zwischen den Lähmungen des Recurrens und den Aneurysmen der Aorta festzustellen. Als Beitrag hierzu berichtet Verf. über jene Fälle von Aorten-Aneurysmen, die seit dem 10jährigen Bestande der laryngologischen Abtheilung an der I. med. Klinik zur Beobachtung kamen. Die Beobachtung erstreckt sich auf 71 Fälle. In 22 Fällen war Heiserkeit vorhanden, die laryngoskopische Untersuchung ergab jedoch nur bei 19 die Lähmung des Recurrens. Bei 3 Kranken war die Lähmung zeitweise ganz zurückgegangen, die Inspection negativ. Bei den 19 anderen Fällen gruppiren sich die Diagnosen — theils in vivo festgestellt, theils durch Autopsie ergänzt — folgendermassen: In 11 Fällen Aneurysma arcus aortae, in 2 Fällen Aneurysma aortae ascend., in 2 Fällen Aneurysma aortae descend., in 2 Fällen Aneurysma aortae ascend. et arcus aortae, in 1 Falle Aneurysma aortae ascend. et descend., in 1 Falle Aneurysma aortae ascend., arcus aortae et aortae thoracicae. Die Mehrzahl der diagnosticirten Recurrenslähmungen fällt demnach mit der Erweiterung des Aortenbogens zusammen, ohne dass in allen diesen, klinisch präcis beobachteten Fällen von Seite des Larynx auch nur die geringste Abnormität zu entdecken gewesen wäre. Ebensowenig kann man, wie dies aus den Sectionsprotokollen zur Genüge hervorgeht, aus den pathologischen Formen der Aneurysmen einen durch Zahlen markirbaren Einfluss auf die Recurrenslähmung constatiren. Aneurysma cylindricum, fusi- und sacciforme wechseln durch einander mit oder gar ohne Erscheinungen von Recurrenslähmung. Auch zwischen der Grösse des Aneurysma und der Lähmung des Recurrens besteht keine Proportion; manchmal hat sich die Diagnose des Aneurysma geradezu auf die ausgesprochene Recurrenslähmung stützen müssen, in anderen Fällen haben faust-, selbst kindskopfgrosse, dem Durchbruch nahe Aneurysmen keine Spur von Recurrenslähmung nach sich gezogen. Viel constanter wachsen mit der Grösse der Aneurysmen alle übrigen Symptome. Im Allgemeinen muss man als Grund der Recurrenslähmung nebst den comprimirenden Ursachen jedesmal auch eine Degeneration der Nerven annehmen, und die in manchen Fällen angeblich plötzlich auftretende Heiserkeit oder das Verschwinden derselben von accessorischen Zufällen (Umlagerung etc.) abhängig machen. Gewöhnlich ist die Recurrenslähmung linksseitig, oft auch dann, wenn klinisch eher eine rechtsseitige zu erwarten wäre. Die einseitige Lähmung der Kehlkopfmuskeln wird oft durch gesteigerte Innervation der anderen Seite gut compensirt. Doppelseitige Recurrenslähmungen in Folge von Aneurysmen sind ausserordentlich selten. Endlich kann es geschehen (*Ziemssen* und *Riegel*), dass der Druck oder die Lädirung die Nervenfasern überhaupt

ungleichmässig trifft. *Mackenzie* hält dafür, um seine Fälle zu erklären, dass die Nervenfasern, die zu den erweiternden Muskeln führen, oberflächlicher liegen, resp. dass die Schliessmuskeln vom Laryngeus sup. verstärkende Bündel erhalten. *Rosenbach* und *Semon* glauben, dass bei Druck auf den Recurrens erst die Erweiterer und später erst die Schliessmuskeln leiden. *Jeanselme* und *Lermoiger* wiesen an Choleraleichen nach, dass die Schliessmuskeln ihre elektrische Reizbarkeit länger beibehalten, als die erweiternden Muskeln. Die These wurde durch die Experimente von *Semon, Horsley*, *Fränkl* und *Gad*, besonders aber von *Ónodi* bestärkt. Es ist demnach die Pathologie der Recurrenslähmungen nicht so einfach, wie sie dem ersten Blick scheint. Zahlreiche physiologische Details müssten erst in's Reine gebracht und in klinischen Fällen die Beobachtnng auf zahlreiche Nebenumstände gelenkt werden.

727. ***Zur Percussion des Warzenfortsatzes nebst Bericht über einen Fall von Pyämie bei acuter Erkrankung dieses Knochentheiles.*** *Von Dr. v. Wild. Vortrag bei der Versammlung der otolog. Gesellsch. in Frankfurt. 1893. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 7.)*

*Körner* und Verf. machten darauf aufmerksam, dass die Percussion des Warzenfortsatzes ein wichtiges Symptom zur frühzeitigen Erkennung cariöser Processe im Felsenbeine abgebe. — Den früher beschriebenen 2 Fällen (Zeitschr. f. Ohrenhk. Bd. XIII) fügt Verf. einen dritten hinzu, in welchem, wie in den beiden anderen, die Dämpfung des Percussionsschalles am Warzenfortsatz das einzige objective Symptom für eine Erkrankung des Knochens war. Der Fall hat überdies wegen seiner Complication mit Pyämie Interesse. Bei der 18 Jahre alten, von Vornherein unter sehr heftigen Allgemeinerscheinungen an Otit. med. pur. ac. erkrankten Patienten traten am 8. und 9. Krankheitstage pyämische Metastasen im rechten Arm und linken Bein auf. Gleichzeitig erweist sich bei der Percussion des Warzenfortsatzes der Schall gedämpft, während sonstige Zeichen einer Knochenerkrankung fehlen. — Die sofort ausgeführte Operation zeigt, dass die Warzenzellen und das Antrum mit Granulationen gefüllt sind, die Diploë des Knochens stark hyperämisch ist. Der Knochen wurde ausgiebig ausgemeisselt, der Sinus auf 1 Cm. freigelegt; er zeigt sich unverändert. — Nach der Operation treten weitere pyämische Metastasen nicht mehr auf, das Allgemeinbefinden bessert sich allmälig, die Ohraffection kommt schnell zur Heilung. Die Metastasen sehen nach Eröffnung grosser Abscesse ihrer vollständigen Heilung entgegen.

728. ***Pupillenungleichheit.*** *Von Dr. H. Reche, Volontärarzt der Prof. Magnus'schen Augenklinik in Breslau. (Deutsche med. Wochenschrift. 1893. 13. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 56.)*

Pupillenungleichheit, wenn sie ohne ersichtlichen Grund auftritt, galt bisher als ein sehr schlimmes prognostisches Zeichen für das Centralnervensystem des damit Behafteten. Verf. weist in der vorliegenden Arbeit nach, dass der Anisocorie im Allgemeinen gar keine Bedeutung beizulegen ist. Es fand sich in der Zeit vom 1. Januar 1888 bis 1. April 1892 unter 14.392 Augenpatienten der *Magnus*'schen Augenklinik Pupillenungleichheit bei beiderseits

gleichgradiger Myopie (ohne anderes Leiden) 11mal, bei gleichgradiger Hyperopie 62mal, bei gleicher Presbyopie mit Emmetropie 4mal. Bei verschiedengradiger Myopie (respective einerseits Myopie, andererseits Emmetropie) war in dem kurzsichtigeren Auge die Pupille weiter 15mal, enger 9mal. Bei ungleicher (beziehungsweise einseitiger) Hyperopie war in dem übersichtigeren Auge die Pupille weiter 12mal, enger 10mal. In zwei Fällen von einseitigem Astigmatismus hyperopicus und einem Falle von einseitigem Astigmatismus mixtus war die Pupille des betreffenden Auges weiter; bei einseitigem Astigmatismus myopicus war sie dreimal weiter und einmal enger. Bei Cataract war in dem befallenen oder stärker befallenen Auge die Pupille 7mal weiter, nie enger, bei Trübungen der Cornea 5mal weiter, nie enger, ebenso bei Glaskörpertrübungen nur weiter in zwei Fällen. Bei Veränderungen an der Macula lutea und dadurch bedingter Sehschwäche war die Pupille in drei Fällen weiter, bei Sehschwäche ohne Befund (Amblyopia strabotica etc.) 11mal weiter und 7mal enger, bei Lagophthalmus congenitus in einem Falle weiter. Bei einem Patienten war die Differenz, welche jetzt 3 Mm. betrug, nach Angabe der Angehörigen von Geburt an bemerkt worden. In dieser Zusammenstellung fällt zunächst auf, dass die beiderseits gleiche Hyperopie die grösste Anzahl von Anisocorien liefert. Der Grund davon ist offenbar ganz einfach der, dass Hyperopie die häufigste Anomalie der Augen ist, welche die Patienten in die Klinik führt, wie Hyperopie überhaupt wohl der häufigste Brechungszustand ist. Wäre Emmetropie der häufigste Refractionszustand, so würde sich jedenfalls bei dieser die Anisocorie absolut am häufigsten finden. Nun gibt es aber, wenn man die Sache mathematisch genau nimmt, überhaupt keine Emmetropen, und selbst wenn man den Begriff weniger genau auffasst, so sind diejenigen Augen, welche man noch zur Emmetropie rechnen könnte, äusserst selten; jedenfalls aber kommt Emmetropie als solche nicht zur klinischen Behandlung. Addirt man nun zu diesen 62 Fällen von beiderseitiger Hyperopie die 11 Fälle von gleicher Myopie, 4 Fälle von gleicher Presbyopie und den einen angeborenen Fall, so bekommen wir 78 Fälle von Anisocorie, bei welchen sonst keinerlei Unterschied zwischen beiden Augen zu finden war. Dies ist über die Hälfte der gesammten „reinen" Fälle. Hieraus geht hervor, dass Pupillendifferenzen sehr häufig ohne irgend eine auffindbare Ursache vorkommen.

---

# Dermatologie und Syphilis.

729. ***Ueber die Behandlung des Eczems der Ohrmuschel.*** *Von Dr.* ***Chatellier.*** *(Semaine méd. 1893. 43. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 59.)*

Nach Verf. hat sich das Jodol als besonders wirksames Medicament gegen Eczeme der Ohrmuschel erwiesen. Die Form, nach welcher er dasselbe anwendet, variirt, je nachdem das Eczem nässend oder trocken ist und je nach dem Sitze des Leidens. Handelt es sich um ein nässendes Eczem, insbesondere um ein



solches, welches die Plica retroauricularis oder den Gehörgang besetzt hält, so empfiehlt Verf. zunächst Waschungen mit verdünnter *van Swieten*'scher Lösung; hierauf werden die betreffenden Hautpartien mit Wasser sorgfältig abgetrocknet und nunmehr mit Jodol bepudert. Mit demselben Pulver wird der Gehörgang angefüllt, darüber kommt ein dicker Wattebausch. Der Verband wird Morgens und Abends bis zur Heilung gewechselt. Letztere tritt nach 1—8 Tagen ein. Handelt es sich um ein trockenes Eczem, welches besonders die Umgebung des Ohres ergriffen hat, so werden die afficirten Partien, nachdem sie vorher wie angegeben abgewaschen worden sind, mit folgender Salbe bestrichen:

Rp. *Jodol 1,*
*Lanolin 30.*
D. S. Aeusserlich.

Diese wird Morgens und Abends, wie oben erwähnt, wiederholt und darüber ein Watteverband gelegt. Hat das trockene Eczem seinen Sitz im äusseren Gehörgang, so wird derselbe zunächst von den Secretionsproducten gereinigt, und zwar mittelst dünner *van Swieten*'scher Lösung, hierauf sorgfältig mit aseptischer Watte abgetrocknet und nunmehr mit folgender Mischung angefüllt:

Rp. *Jodol 1,*
*Paraffin. liquid. 30.*
D. S. Aeusserlich.

Diese Flüssigkeit, die man vor dem Gebrauche mehrfach umschüttelt, wird mittelst eines Wattetampons im äusseren Gehörgang festgehalten; auch hier wird der Verband Morgens und Abends erneuert. Nach Heilung des Eczems, die etwa nach vierzehn Tagen erfolgt, wird der äussere Gehörgang sorgfältig ausgewaschen. *L.*

730. ***Doppelter syphilitischer Schanker der dorsalen Fläche des Daumens und des Zeigefingers durch Biss.*** *Von Dr. **Lejars**. Vortrag in der Société de dermat. et syphilogr. in Paris. März 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 34.)*

Im Anschluss an die Beobachtungen *Fournier's* über syphilitische Ulcerationen an der Hand theilt Verf. folgenden Fall aus seiner Praxis mit. Derselbe betrifft einen 30jährigen, kräftigen Mann, welcher verflossenen Sommer gelegentlich seiner Thätigkeit als Schwimmmeister mit einem Gaste in Streit gerieth und hierbei seinem Gegner einen Faustschlag auf den Mund versetzte. Er traf die obere Zahnreihe seines Gegners und fügte sich auf diese Weise eine doppelte Wunde an der Dorsalfläche des gekrümmten Daumens und Zeigefingers im Bereiche der Articulatio interphalangea der betreffenden Glieder zu. Die beiden kleinen Wunden schlossen sich sehr schnell. Einen Monat später wurde die Haut über beiden Narben etwas erhaben, und es bildeten sich nun zwei Ulcerationen, welche langsam zunahmen und sich sehr schnell mit wuchernden Granulationen bedeckten. Zur Zeit der Aufnahme des Patienten in das Hospital ähnelten die beiden Wundflächen nichts weniger als Schankern. Am Zeigefinger beobachtete man eine die Grösse eines Zweifrancsstückes übertreffende Wunde, welche die gesammte Dorsalfläche des ersten Interphalangealgelenkes einnahm; sie war oval, ihr Rand bläulich violett, der Grund mit kreis-



förmigen dunkelrothen Granulationen bedeckt, die Geschwüre waren äusserst schmerzhaft, an der Innenfläche des Armes fand man einen dicken, 2—3 Finger breiten, ziemlich festen Strang, welcher sich bis zum oberen Drittel des Oberarmes erstreckte. Zwei Monate nach dem Biss führte Verf. die Excision der beiden Ulcerationen aus, die Wunde wurde mittelst Jodoformverbandes verbunden und heilte schnell. Drei Wochen später erkrankte Patient unter Symptomen der Dysphagie und Dyspnoe. Bei der Untersuchung entdeckte man eine typische Roseola, Plaques muqueuses im Rachen etc. Die Diagnose war somit völlig zweifellos. Patient wurde sofort einer energischen Schmiercur unterworfen. Sehr bald entwickelte sich Effluvium capillitii, ausserdem zeigten sich Plaques der Mundschleimhaut, welche sehr hartnäckig blieben, rauhe Stimme, heftiger Husten, Dysphagie, das Allgemeinbefinden des Patienten selbst wurde täglich schlechter. Die Wunden selbst blieben geschlossen, die Schleimpapeln in der Innenfläche des Unterarmes waren verschwunden. Nach einer sorgfältigen combinirten Bäder- und Frictionsbehandlung genas Patient.

731. ***Ueber den Werth der Abortivbehandlung der Bubonen nach der Methode Welander's.*** *Von DDr. **A. Brousse** und **P. Bothezat**. (Annal. de derm. et syph. 1893. April. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 45.)*

Die von *Welander* im Jahre 1891 publicirte Abortivbehandlungsmethode der Bubonen besteht darin, dass man von einer 1%igen Benzoequecksilberlösung (nach der Formel: Mercurius benzoatus 1·0, Na Cl 0·3, Aq. destill. 100·0) einen Cubikcentimeter in den Drüsentumor injicirt und dann einen Compressivverband anlegt. *Welander* constatirte an dem Injectionstage lebhafte Schmerzen. an den folgenden Tagen Schwellung, dann Abschwellung, schliesslich nach Verlauf von drei Wochen Resolution und kam zu folgenden Schlüssen: 1. Ist der Bubo virulent, so kann eine Injection seine Weiterentwicklung nicht verhindern, er vereitert. 2. Bei deutlicher Fluctuation, verdünnter und blaurother Haut kann die Injection nur in dem Sinne nützlich wirken, dass die Infiltration schneller verschwindet, aber gewöhnlich muss man den Bubo eröffnen. 3. Ist die Fluctuation ziemlich deutlich, aber die Haut, obgleich geröthet, noch dick und gesund, so ist es wahrscheinlich, dass, wenn man eine Injection in die benachbarten infiltrirten Partien des Bubos macht (50% der Fälle), es nicht nothwendig sein wird, zur Incision zu greifen. 4. Ist die Fluctuation unbedeutend, so ist es ausserordentlich wahrscheinlich (90% der Fälle), dass selbst, wenn während einiger Tage die Fluctuation deutlich sein würde und selbst wenn man während zwei Tagen sich einige Tropfen Eiter beim Einstich entleeren lassen würde, der Bubo, ohne die geringste Narbe zu hinterlassen, verschwinden würde. Ermuthigt durch die günstigen Erfahrungen *Welander's* und die gleichen Berichte *Loetnik's* (Odessa), haben Verff. die Methode in der Klinik zu Montpellier angewandt und nur Bubonen mit Neigung zur Suppuration injicirt. Bei der geringen Zahl von Kranken (im Ganzen 10) liessen sich definitive Schlüsse nicht ziehen, jedoch kamen die Verfasser zu dem vorläufigen Resultat, dass diese Injectionen nicht den von *Welander* und *Loetnik* gerühmten Werth



besitzen, dass die Methode durchaus kein gleichgiltiger Eingriff ist, ja dass die hervorgerufenen Reactionen oft bedeutend sind, und dass man sich fragen muss, ob sie nicht unter bestimmten Bedingungen geradezu gefährlich sein könnten.

732. ***Ein neuer Fall von syphilitischer Reinfection.*** *Von DDr. **Diday** und **Doyon**. (Annal. de dermat. et syph. 1893. April. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 51.)*

In dem von den Verff. beobachteten Fall handelt es sich um einen 30jährigen Kranken, der sich im Jahre 1886 in Mexico inficirte und 20 Tage nach dem Coitus den Schanker bemerkte. Es folgten typische Secundärerscheinungen, die mit Mercur behandelt wurden. Im Jahre 1888 consultirte der Kranke in Paris, ohne specifische Erscheinungen zu haben, *Fournier*, der ihm Sublimatpillen verordnete und *Record*, der sich einfach darauf beschränkte, ihn einige Zeit nach Luchon zu schicken, was der Kranke auch that. Nachdem er zwei Jahre lang keine specifischen Erscheinungen gehabt hatte, bemerkte er 15 Tage nach mehrfachem wiederholten geschlechtlichen Verkehr ein Geschwür am Anus und nach 5 bis 6 Tagen ein zweites im Sulcus coronarius, etwa 2 Cm. von dem Sitz des früheren Schankers entfernt. 8—10 Tage später wurden die Schanker von competenter Seite für indurirt erklärt. *Mauriac* verordnete eine Schmiercur. *Fournier*, welcher gleichzeitig consultirt wurde, hielt mit Rücksicht auf die Anamnese die Affection für tertiär syphilitisch und verschrieb eine gemischte Jodkaliquecksilbercur. 15—18 Tage nach dieser Consultation entwickelte sich eine Roseola auf dem Bauche, den Armen und Beinen. Nach einem Monat Plaques muqueuses auf den Mandeln, zwei Monate später ein wenig ausgeprägtes Ecthyma an der Oberlippe. Im April 1890 Eruption im Gesicht und kupferfarbene Flecke am Hals, die *Fournier* und *Besnier* als syphilitisch bezeichneten. Seitdem die Schanker im November 1889 bemerkt waren, war Patient antisyphilitisch mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden. Erst nach 18 Monaten, am 2. April 1893, war er frei von specifischen Erscheinungen. Verff. bezeichnen diese Art von Infection als Véroles en deux livraisons.

733. ***Ueber die Alopecia areata und ihre Behandlung.*** *Von Dr. **L. Butte**. (Annal. de la policlinique de Paris. 1892. Juli. — Prager med. Wochenschr. 1893. 29.)*

Verf. neigt dazu, für die Alopecia areata parasitäre Ursachen in erster Linie anzunehmen; eine Epidemie im Gymnasium von Amiens mit 50 Erkrankungen und eine in einem Regiment zu Amiens mit 120 Erkrankungen führen ihn zu der Ansicht. Im letzterem Falle konnte er feststellen, dass ein gesunder Soldat 14 Tage, nachdem er die Mütze eines an Alopecie Leidenden in Gebrauch genommen, an demselben Leiden erkrankte. Andererseits nöthigen ihn andere Beobachtungen — er sah Alopecie beim Hunde nach Verletzungen des Vagus — auch Fälle trophoneurotischen Ursprunges anzunehmen und für einzelne Fälle reichen beide Erklärungen nicht hin. Anatomisch fand er eine perivasculäre Infiltration an Leukocyten besonders um die unteren Theile der Follikel, Degeneration, Pigmentarmuth der Haare. Nach langem Bestehen atrophirt der Follikel, später die Talgdrüse, die Schweissdrüsen



zeigen colloide Umwandlung. Die Haare werden trocken, staubig, dünn. Der haarlose Kreis zeigt eine glatte, ungefärbte, eingesunkene Kopfhaut. Alle behaarten Körperstellen können befallen werden. An Varietäten unterscheidet Verf.: 1. La pelade achromateuse: farblose, runde, atrophische, peripher wachsende Flecke; 2. La pelade decalvante: massenhafter, rapider Ausfall; 3. La pelade pseudo-tondente: ähnlich dem Herpes tonsurans, aber ohne Pilze. Die Prognose ist im Allgemeinen gut, die Stellen an Schläfe und Hinterhaupt widerstehen am längsten. Therapeutisch bewährt sich dem Verf. folgendes Verfahren: Kurzschneiden der Haare. Waschen der kranken und gesunden Stellen (getrennte Tücher!) mit schwarzer Seife und Panamaholzabkochung, energisches Einreiben von

*Hydrarg. bichlor. corros.* 1·0,
*Hydrarg. bijodat.* 0·1.
*Tinct. sapon.* 60·0,
*M. adde.*
*Tinct. benzoes.* 5·0,
*Aq. dest. q. s. ad* 100·0.

Nach zweimaliger Application Epilieren der Haare 1—2 Cm. in der Umgebung und Application von

*95% Alkohol* 12·0,
*Jodi pur.* 0·75,
*Collod.* 35·0.
*Terebinth.* 1·5,
*Ol. Ricin.* 2·0.

Darnach werden die kahlen Stellen Morgens und Abends mit Ol. cadin., das eventuell bei Reizung der Kopfhaut mit Lanolin. oder Ol. amygd. dulc. zu gleichen Theilen gemischt wird, eingerieben. Alle drei Tage Waschen der gesunden Stellen mit der antiseptischen Lösung, alle 10 Tage Kürzen der Haare. Dauer der Behandlung mehrere Monate.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

734. ***Ueber die Resorption und die Apposition von Knochengewebe bei der Entwicklung bösartiger Knochentumoren.*** *Von Dr. Apolant. Aus dem pathologischen Institut der Universität Strassburg. (Virchow's Arch. Bd. CXXXI. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 25.)*

Zwischen den physiologischen und pathologischen Vorgängen bei der Bildung und Resorption von Knochengewebe bestehen mehr Grad- als Wesensverschiedenheiten, so dass die Erfahrungen der Histologen und Pathologen sich hier ergänzen können. Dies hat sich in jüngster Zeit für die Appositions-, wie für die Resorptionsvorgänge auf's Neue gezeigt bei der Untersuchung jener eigenthümlichen Bildungen, welche besonders auffällig von *v. Recklinghausen* mittelst besonderer Injectionsmethoden bei der mit Osteomalacie einhergehenden Ostitis deformans, sowie ganz besonders schön bei



der reinen Osteomalacie dargestellt und im Allgemeinen als „Gitter“ bezeichnet wurden. Nachdem das ausserordentlich starke Auftreten der Gitter bei Osteomalacie constatirt worden war, schien es von Interesse, zu untersuchen, wie sich diese Bildungen bei denjenigen Erweichungen verhalten, welche mit der Entwicklung maligner Tumoren der Knochen einhergehen. Es wurden untersucht 5 Fälle von Sarcom und 1 Fall von Carcinom des Oberschenkels, resp. Oberarms. An allen diesen Tumoren waren in grosser Anzahl die bisher als Hauptzeichen der Destruction von Knochengewebe geltenden *Howship*'schen Lacunen und *Volkmann*'sche Canäle nachzuweisen. Hierzu gesellten sich nun als drittes wesentliches Moment die in allen Fällen vorhandenen Gitterbildungen, die ebenfalls als der Ausdruck einer regressiven Metamorphose des Knochengewebes angesehen werden müssen. Die sämmtlichen Spalten und Höhlenbildungen, welche bei der Osteomalacie auftreten, lassen sich in zwei grosse Classen unterbringen, je nachdem es sich um eine Erweiterung präformirter Höhlen und Canäle oder um eine Neubildung von Canälen handelt. Nur die letzteren Formen können als Gitter angesprochen werden. Beide Formen kommen sehr häufig mit einander combinirt vor. Die Gitter sind der Ausdruck eines passiven Processes, einer regressiven Metamorphose, die zu einem Schwund führt, der wahrscheinlich auch die Knochenkörperchen selbst ergreift, so dass schliesslich nur eine hyaline Masse zurückbleibt, die dann weiterer Resorption anheimfallen kann. Um zu unterscheiden, ob die Gitter wesentlich auf dem Untergang organischen Gewebes oder auf Entziehung der Kalksalze beruhen, wurden experimenti causa Knochenstückchen in schwacher Salzsäure-Kochsalzlösung entkalkt. Hierbei treten ganz wie bei pathologischen Bildungen sowohl einfache Erweiterung präformirter Canälchen, wie Neubildung von Canälen auf. Letztere sind in directe Analogie mit den echten Gittern zu bringen. Hieraus ergibt sich, dass die unter pathologischen Verhältnissen auftretenden Gitter als Ausdruck einer Entkalkung angesehen werden müssen.

735. ***Ueber die Einwirkung der Kälte auf die Circulation in den Eingeweiden.*** *Von Dr.* ***Wertheimer.*** *(Semaine méd. 1893. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 34.)*

Die Thatsache, dass die Circulation der Haut und der Niere, wenn äussere Einflüsse, wie Kälte u. s. w., einwirken, in einem gewissen Gegensatz zu einander steht, ist bekannt. Bisher hat man sich nun vorgestellt, dass in Folge der Verengerung der Hautgefässe, welche das Blut von der Peripherie nach dem Centrum hintreibt, die tiefer gelegenen Organe eine compensatorische Dilatation der Gefässe aufweisen. Thatsächlich sind jedoch die Verhältnisse zwischen der Haut- und der Nierencirculation nicht so einfache. Verf. hat z. B. constatirt, dass, wenn man Kälte experimenti causa auf ein Thier einwirken lässt, sich Verhältnisse herausstellen, welche von den bisher bekannten in sehr erheblicher Weise abwichen. Die Untersuchungen Verf.'s beziehen sich auf acht Thiere. Die Resultate von 7 unter den 8 waren übereinstimmend. Man fand, dass Application von Kälte nach 15 Secunden eine Vermehrung des Arteriendruckes zur Folge hat; gleichzeitig vermehrt sich das Gehirnvolumen. Aber auch die Niere geht erhebliche Ver-



änderungen, allerdings im entgegengesetzten Sinne ein. Das Volumen verringert sich und gleichzeitig hiermit beobachtet man sehr erhebliche Verengerung der kleinen Gefässe des Organes. Im Allgemeinen ist die Verengerung des Nierenvolumens am grössten in dem Moment, in welchem der Arteriendruck seine höchste Spannung erreicht. Hierauf nehmen beide Momente im entgegengesetzten Sinne wieder ab. Lässt man die Kälte fort, so beobachtet man einige Minuten später eine Verminderung des Druckes und des Gehirnvolumens, während das Volumen der Niere schnell zunimmt und gleichzeitig die Gefässe des Organes sich erweitern. Im Allgemeinen weiss man, dass die anderen Bauchorgane, besonders die des Darmes, an den Veränderungen der Niere, soweit sie vasomotorischen Ursprungs sind, theilnehmen. Das Balancement zwischen der Abdomencirculation und der im Gehirn stattfindenden Circulation erklärt wahrscheinlich besser als jede andere Theorie die Gefahr, in welche der Körper während der Verdauungsarbeit geräth, wenn er in kaltes Wasser getaucht wird. So wird es begreiflich, dass der schnelle Wechsel des Blutdruckes, unter dem wesentlich die nervösen Centren und die Niere zu leiden haben, für den davon betroffenen Organismus von sehr unangenehmen Folgen sein kann.

736. ***Das arterielle Strumageräusch bei Basedow'scher Krankheit und seine diagnostische Bedeutung.*** *Von Dr.* **Paul Guttmann.** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 11. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 34.)*

In jedem Falle von *Basedow*'scher Krankheit hört man bekanntlich über der Struma ein mit dem Pulse isochrones arterielles Geräusch; bei grosser Stärke ist es auch schon fühlbar als Schwirren. und es pulsirt eine solche Struma sichtbar und fühlbar. Es entsteht aus zwei Ursachen, erstens in Folge der Hypertrophie des linken Ventrikels, welche gewöhnlich bei *Basedow*'scher Krankheit mehr oder weniger stark entwickelt ist, zweitens in Folge einer unregelmässigen Erweiterung der Arterien in der Schilddrüse. Anders liegen die Verhältnisse bei einer Struma, die nicht durch *Basedow*'sche Krankheit erzeugt ist, also bei einer genuinen Struma. Hier finden wir niemals ein Geräusch, weil eine solche Struma nicht eine ungleichmässige Erweiterung der Arterien zeigt, sondern wesentlich nur eine Hyperplasie des Schilddrüsengewebes. Aus diesen Thatsachen ergibt sich der diagnostische Werth des arteriellen Strumageräusches, dass nämlich eine solche Struma durch *Basedow*'sche Krankheit erzeugt ist. Und man bedarf dieses diagnostischen Mittels in zweifelhaften Fällen von *Basedow*'scher Krankheit, nämlich in solchen, wo der Exophthalmus fehlt und nur Herzpalpitationen und Struma bestehen. Solche Fälle können aber verwechselt werden mit andersartigen, wo nämlich neben einer genuinen Struma eine mit ihr gar nicht im Zusammenhange stehende Herzhypertrophie vorhanden ist, oder wo neben einer Struma Herzpalpitationen aus vorübergehenden psychischen Erregungen dieselbe Wirkung ausüben können wie Herzhypertrophie. In solchen Fällen ist nach Verf.'s Erfahrungen die Auscultation der Struma entscheidend: Hört man über derselben ein arterielles Geräusch, so ist es eine durch *Basedow*'sche Krankheit erzeugte Struma, hört man kein Geräusch, so ist es eine genuine Struma.



# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

737. ***Ueber Lebensdauer und Todesursachen bei den Biergewerben.*** *(Mittheilungen des gewerbehygienischen Museums. Wien 1893. Nr. 13.)*

Unter diesem Titel erschien eine Broschüre von Dr. *J. Sendtner* (München 1891). Der Verf. hebt in seiner Arbeit hervor, dass der übermässige Biergenuss Erkrankungen des Herzens verursacht und bringt die Resultate seiner auf Grund der auf 30 Jahre sich erstreckenden Sterberegister der Stadt München unternommenen Studien über die Mortalität der Wirthe, Wirthinnen, Bräuer, Kellner und Kellnerinnen in München. Während die Gesammtbevölkerung Münchens über 20 Jahre ein durchschnittliches Lebensalter von 53·5 Jahren erreicht, wurde als mittlere Lebensdauer gefunden:

| | Jahre | | Jahre |
|---|---|---|---|
| Für die Bierwirthinnen | 51·95 | Für die Weinwirthe | 40·4 |
| „ „ Bierwirthe | 51·53 | „ „ Bräuer | 42·33 |
| „ „ Branntweinbrenner | 50·— | „ „ Kellner | 35·8 |
| | | „ „ Kellnerinnen | 26·8 |

Eine auffallend grosse Zahl der bei den Biergewerben beschäftigten Personen starb an Herzkrankheiten, und zwar:

| | Proc. d. Gesammtsterblichkeit | | Proc. d. Gesammtsterblichkeit |
|---|---|---|---|
| Bierwirthinnen | 16·1 | Cafétiersfrauen | 13·0 |
| Cafétiers | 16·1 | Weinwirthe | 11·0 |
| Bierwirthe | 16·0 | Bräuer | 10·7 |
| Weinwirthinnen | 15·0 | Branntweinbrenner | 9·0 |
| Kellner | 14·1 | Kellnerinnen | 4·6 |

Bei der Gesammtbevölkerung Münchens betrug die Zahl der an Herzkrankheiten Verstorbenen 11% der männlichen und 13% der weiblichen Bewohner. An Infectionskrankheiten starben von den bei den Biergewerben beschäftigten Personen 32·6—80% der Gesammtheit, eine auffallend grosse Zahl im Vergleiche mit der nur 21·9—29% betragenden Durchschnittsziffer der sonstigen Bevölkerung Münchens. Verf. resumirt die Ergebnisse seiner Arbeit dahin, dass die Lebensdauer der den Biergewerben angehörigen Personen sehr beträchtlich hinter dem mittleren Lebensalter zurückbleibt, dass die Herzkrankheiten eine bedeutende Rolle bei den Todesursachen dieser Personen spielen und spricht nachstehende Mahnworte aus: „Darf man auch dem Biere seine Bedeutung als billiges Genuss- und Nahrungsmittel nicht nehmen, welches im Vergleiche zum Branntwein und schlechtem, sprithaltigem Wein als das geringere Uebel zu betrachten ist, so steht doch so viel fest, dass auch der Uebergenuss des Bieres das Gefässsystem und Herz schwer schädigt. Das Herz aber ist derjenige Theil des Organismus, welcher seine Widerstandsfähigkeit gegen Alter und Krankheit repräsentirt. Es ist wiederholt hervorgehoben worden, welche Bedeutung diesem Factor beim Kampfe des Individuums gegen Infectionskrankheiten zukommt. Ich brauche nicht daran zu erinnern, dass der tödtliche Ausgang der croupösen Pneumonie in der Regel durch Herzschwäche erfolgt, dass geschwächte Herzen auch anderen



Krankheiten (Wundinfectionskrankheiten, Erysipel) viel leichter erliegen, ich brauche nicht an die unangenehmen Erfahrungen der Aerzte bei Chloroformnarcosen zu erinnern. Aber nicht nur im Kampfe mit der erworbenen Krankheit erliegt das durch Alkohol geschwächte Herz leichter, sondern es disponirt auch gewiss zur Erkrankung überhaupt." Dr. *E. Lewy.*

738. ***Forensisch wichtige Obductionsbefunde Neugeborener. A. Können die Lungen Todtgeborener lufthaltig sein?*** *Von Dr. Klein. Aus der Universitätsfrauenklinik Würzburg. (Vierteljahrschr. f. ger. Med. 3. Folge. Bd. III. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 25.)*

Verf. fand bei einer Anzahl todtgeborener, das heisst ohne Athmung und Herzschlag zur Welt gekommener Kinder bei der Obduction die Lungen mehr oder weniger lufthaltig. Fall I. Wendung und Extraction; todtgeborenes Kind mit fast vollständig lufthaltigen Lungen, keine künstlichen Belebungsversuche. Fall II. Extraction bei Fusslage; todtgeborenes Kind mit lufthaltiger Stelle in der rechten Lunge, keine Belebungsversuche. Fall III. Extraction bei Steisslage; Ruptur der Brustwirbelsäule; lufthaltige Stelle in der linken Lunge des todtgeborenen Kindes. Fall IV. Wendung und Extraction bei verschleppter Querlage; Luft in beiden Lungen des todtgeborenen Kindes. Die vier Fälle haben gemein, dass sich Luft in den Lungen notorisch Todtgeborener fand, bei denen die Geburt schliesslich durch Kunsthilfe beendet worden war. Für die Frage, wie die Luft in die Lungen gelangt ist, lassen sich aus den geschilderten Fällen fünf Möglichkeiten ableiten: Bei noch lebendem Kinde gelangt *a)* durch das Touchiren, oder *b)* durch operative Eingriffe, oder *c)* durch Erschlaffung des Uterus Luft in Uterus oder Vagina und kann vom Kinde aspirirt werden; oder es entwickeln sich *d)* durch Eindringen von Bacterien nach dem Blasensprung Gase im Uterus, welche das Kind einathmet; oder endlich *e)* es wird Luft mechanisch in die Lungen des todten Kindes gebracht. Für letztere Möglichkeit könnte man die wiederholten Compressionen des Thorax bei der Extraction heranziehen. In einigen Fällen wurde Luft in den Lungen von Todtgeborenen gefunden, an welchen *Schultze*'sche Schwingungen ausgeführt waren. In einem Falle von Wendung und Extraction bei einfach plattem Becken wurden *Schultze*'sche Schwingungen eine halbe Stunde lang ausgeführt, ohne das Kind zu beleben. Bei der Obduction fanden sich aber beide Lungen vollständig lufthaltig, nirgends atelectatische Partien.

739. ***Untersuchungen an Verbrechern über die morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel.*** *Von Dr. Ernst Váli, Budapest. (Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXXIV. Heft 4. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 62.)*

Angeregt durch *Gradenigo's* gleichartige Untersuchungen, hat Verf. von je 500 normalen Männern und Frauen, 216 männlichen und 188 weiblichen Geisteskranken, sowie 58 männlichen und 32 weiblichen Idioten, später an 500 männlichen und 324 weiblichen Verbrechern die Ohrmuscheln untersucht. Er bespricht eine Anzahl einzelner Abnormitäten, wobei er auch grosse und behaarte Läppchen als degenerative Zeichen angesehen wissen will. Im Ganzen fand er



auf Grund seiner im Original einzusehenden Ziffernangaben, dass bei Geisteskranken, Idioten und Verbrechern die morphologischen Veränderungen der Ohrmuschel viel häufiger vorkommen, dass von diesen Anomalien die bedeutenderen bei diesen zahlreicher vertreten sind als bei gesunden Menschen, und dass unter jenen mehr Abnormitäten bei Männern wie bei Weibern vorkämen. Endlich fand er auch, wie unter Geisteskranken, Idioten und Verbrechern auf ein und dasselbe durchschnittlich mehr Anomalien entfielen als auf das normale Individuum.

740. ***Neue Untersuchungen über die Giftigkeit der Exspirationsluft.*** *Von Dr.* **Sigmund Merkel.** *(Arch. f. Hygiene. Bd. XV. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 29.)*

1870 hatte *Ransome* zuerst bemerkt, dass die Ausathmungsluft gesunder Menschen und Thiere organische Substanzen unbekannter Natur enthielt; diesem Befunde schlossen sich *Novack, Seegen* und *Uffelmann* an, wogegen *Pettenkofer, Voit* und *Hermanns*, Letzterer vor Allem bei keinem Versuch in einem geschlossenen Luftraum giftige organische Substanzen nachweisen konnte. Dann veröffentlichten *Brown-Séquard* und *d'Arsonval* 1883/88 ihre bekannten Mittheilungen über die Giftigkeit der Ausathmungsluft. Nach ihnen entweicht mit der Exspirationsluft ein starkes von den Lungen ausgeschiedenes Gift, das sie auf verschiedene Weise erhielten, entweder wurde einem Hunde durch eine Trachealcanüle Wasser eingeschüttet, die ausgehustete Flüssigkeit verwandt oder die Ausathmungsluft von Menschen wurde in in Eis liegenden Glasröhrchen abgekühlt. Die hierdurch erhaltene klare Flüssigkeit sollte Silbernitrat reduciren und als heftiges, sogar tödtliches Gift wirken, wenn sie Thieren injicirt wurde. Eine Reihe weiterer Forscher, wie *Dastre* und *Soye, Hofmann-Wellenhof, Schmaus* und *Herzen, Wurtz* fanden bei ihren Versuchen ganz negative Resultate, desgleichen auch Verf. im Gegensatz zu *Brown-Séquard* und *d'Arsonval*. Neuerdings trat nun *Brown-Séquard* mit neuen Ergebnissen vor. Er hatte eine Anzahl von luftdichten Käfigen mittelst Röhrchen an einander geschlossen und durch dieselben Luft hindurchstreichen lassen. Von den in diesen Käfigen untergebrachten Kaninchen starben alle bis auf die der ersten beiden Käfige, welche die Luft zuerst erhielten. Legte man vor die letzten beiden Käfige eine Glasröhre mit von Schwefelsäure durchtränkten Bimssteinstückchen, so blieben diese Thiere am Leben, da die Schwefelsäure die organischen Substanzen zerstört. Diese Versuche veranlassten Verf. zu Nacharbeiten. Vier luftdicht abgeschlossene Glasgefässe verband er mittelst Glasröhren, setzte in jedes Gefäss eine Maus und zwischen Gefäss 3 und 4 eine *Geissler*'sche Glasröhre mit Schwefelsäure. Die im 3. Gefäss befindliche Maus starb zuerst, die im 4. blieb am Leben, das gleiche Resultat bewirkte eine Röhre mit Salzsäure. Nun handelte es sich darum, das Exspirationsalkaloid darzustellen. Die dahin gehenden Versuche des Verf. führten zu dem Resultat: Es ist nicht sicher, zu welcher Gruppe von organischen Verbindungen die giftige flüchtige Substanz gehört, deren giftige Wirkung aufhört, sobald sie mit Säuren, Alkalien etc. in Berührung kommt; im Condensationswasser der Ausathmungsluft ist dieselbe nicht nachweisbar. Nachgewiesen ist aber, dass die Ex-



spirationsluft gesunder Menschen und Thiere geringe flüchtige organische Substanzen enthält, wahrscheinlich eine Base, die in ihrem flüchtigen Zustand giftig ist.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 741. *Ueber die Behandlung der Schussverletzungen des Abdomens.*

*Von Prof.* ***v. Bramann,*** *Halle a. S.*

*Bericht über die Verhandlung der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXII. Congress 1893.*

*(Centralbl. f. Chir. 1893. 30.)*

Trotz des grossen Interesses, welches die Chirurgen der Behandlung der Schussverletzungen des Abdomens entgegengebracht haben, ist dieselbe noch keineswegs definitiv beantwortet, indem die Einen in allen Fällen, in welchen die Verletzung des Magendarmtractus nachweisbar oder auch nur als möglich anzunehmen sei, ausnahmslos und möglichst bald nach der Verletzung ein operatives Vorgehen verlangen, während die Anderen ein abwartendes Verhalten empfehlen und die Laparotomie für die Fälle reservirt wissen wollen, in welchen entweder sogleich nach der Verletzung sichere Zeichen der Darmperforation (Kothaustritt) vorhanden sind, oder in welchen dieselben später unter dem Bilde einer Peritonitis etc. in die Erscheinung treten. In den letzteren Fällen aber ist die Prognose eine sehr schlechte und darum ein sofortiges operatives Eingreifen durchaus berechtigt, was Verf. theils aus der Literatur, theils aus seinen eigenen Beobachtungen und Erfahrungen zu beweisen sucht. Zweifel darüber, ob ein Geschoss die Bauchdecken perforirt oder in ihnen stecken geblieben ist, sind angesichts der modernen Feuerwaffen nur ganz ausnahmsweise denkbar; in den letzteren Fällen aber sind, ebenso wie bei den Schusswunden überhaupt, die Untersuchung der Wunde mit Sonden und Fingern, sowie das Kugelsuchen unter allen Umständen zu verwerfen und zur Beseitigung von Zweifeln ist das Messer zur Erweiterung der Wunde durch Incision und eventuell Excision des Schusscanales in Anwendung zu ziehen. Von den 7 Fällen eigener Beobachtung lag in einem Falle eine nicht penetrirende Verletzung vor, indem die Revolverkugel, trotzdem der Schuss auf höchstens fünf Schritte Distanz (aus Versehen) abgegeben war, die Symphyse gestreift hatte und hinter dem Musc. rectus unmittelbar vor dem Peritoneum stecken geblieben war. Excision des Schusscanales nach Entfernung der Kugel, Naht, Heilung in acht Tagen. Im 2. Falle Einschuss mit 6 Mm. Caliber in der vorderen Axillarlinie am rechten Rippenbogen, die Kugel hinten handbreit von dem Proc. spinalis zwischen 10. und 11. Rippe zu fühlen, Hämaturie, die nach 14 Tagen verschwindet. Nierenverletzung, geheilt. Im 3. und 4. Falle handelte es sich um Dünndarmverletzungen, je eine Schlinge perforirt und in dem einen



Falle complicirt mit Blutung aus der verletzten Meseraic. super., in dem anderen mit seitlicher Verletzung des Ureters. Im 5. Falle war der Magen nahe der grossen Curvatur doppelt und ausserdem das Pancreas verletzt. In diesen drei Fällen 4—7 Stunden nach der Verletzung Laparotomie, ohne dass Erscheinungen von Darmverletzungen vorhanden wären, sondern nur, weil die Lage des Einschusses, sowie die Schussrichtung auf die bei der Operation thatsächlich vorgefundenen Verletzungen mit grösster Wahrscheinlichkeit schliessen liessen. Unterbindung der blutenden Gefässe. Darm-, respective Magennaht und Heilung in allen drei Fällen. Der 6. Fall, eine aus fünf Schritte Entfernung erlittene Schrotschussverletzung der rechten Regio hypochondr., kam erst 36 Stunden nach der Verletzung mit allen Zeichen einer schweren Peritonitis und vollkommen collabirt in Behandlung, das ganze Abdomen mit Koth gefüllt und stark aufgetrieben. Das Colon ascendens, das mehrfach perforirt war, wurde mit Jodoformgaze umhüllt, ausserhalb der Bauchhöhle gelagert, die letztere gereinigt, drainirt und tamponirt. Nach 24 Stunden Exitus in Folge der Peritonitis. In dem 7. Falle Pistolenschussverletzung (im Duell) auf 10 Schritte Entfernung, 11 Mm. Caliber. Einschuss in der linken Parasternallinie, nahe dem Rippenbogen, die Kugel hinten zwischen 8. und 9. Rippe und etwas medianwärts von der hinteren Axillarlinie dicht unter der Haut zu fühlen. Bluthusten als Zeichen einer Verletzung des unteren Lungenrandes, ganz geringer Hämatothorax. Keine Zeichen von Magen- oder Darmverletzung. In den ersten drei Tagen günstiger Verlauf. Am vierten Tage Morgens tritt unter Schmerzen im linken Hypochondrium und Brustbeklemmung Auftreibung des Abdomens, sowie Fieber ein, und noch am Abend desselben Tages Exitus unter den Erscheinungen einer acuten septischen Peritonitis. Bei der Section fanden sich ausser der Perforation des linken unteren Lungenrandes und des Zwerchfelles zwei Defecte im Colon transv. nahe der Flexura lienal., welche in den ersten Tagen offenbar durch Schleimhautprolaps provisorisch geschlossen, dann aber durch Infection des umgebenden Blutergusses die Urheber der septischen Peritonitis geworden waren. Auf Grund dieser Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Bei allen Bauchschüssen, bei welchen unmittelbar nach der Verletzung die Zeichen von Darm- und Magenverletzung oder die einer schweren inneren Blutung vorhanden sind, ist die sofortige Laparotomie unerlässlich. 2. Dringend indicirt ist dieselbe aber auch in allen jenen Fällen, in welchen aus der Lage des Einschusses und der Richtung, welche das Geschoss genommen, das Vorhandensein einer Magendarmverletzung nicht nur als wahrscheinlich, sondern auch, wenn sie nur als möglich angenommen werden kann, zumal da nach *Mac Cormac* u. A. von 100 Fällen, in welchen eine Verletzung des Magendarmtractus eingetreten ist, 99% dem sicheren Tode geweiht sein sollen, wenn nicht operirt wird. 3. Die Laparotomie ist so früh als möglich anzunehmen, weil sich die Prognose mit jeder Stunde verschlechtert und meist schon 24 Stunden nach der Verletzung als eine pessima anzusehen ist und gar bei bereits eingetretener septischer Perforationsperitonitis. 4. Diese für die Behandlung der Magendarm-



schusswunden aus der Friedenspraxis gewonnenen Indicationen sind in noch viel höherem Grade für die Kriegsverletzungen giltig und zutreffend; wie weit man ihnen aber hier wird gerecht werden können, steht dahin. 5. Die bei Leber- und Milzschüssen auftretende Blutung ist durch Tamponade nach vorangeschickter Laparotomie zu stillen. 6. Verletzungen der Niere indiciren nur bei starker Blutung operatives Vorgehen und eventuell Nierenexstirpation. 7. Seitliche Verletzung eines Ureters kann spontan heilen, totale Durchtrennung dagegen indicirt nach erfolglos versuchter Naht die Nephrectomie. 8. Bei Schussverletzungen der Blase ist die Sectio alta und die Blasennaht nebst Anwendung des permanenten Catheters unter allen Umständen geboten.

# Literatur.

742. ***Handbuch der chirurgischen Operationslehre.*** *Für praktische Chirurgen und Studirende von Dr.* ***Frederik Treves,*** *F. R. C. S., Chirurgen und Docenten der Anatomie am London Hospital. Aus dem Englischen von Dr. med. R. Teuscher. Einzig autorisirte deutsche Ausgabe. Mit 422 Abbildungen. I. und II. Bd. Jena, Hermann Costenoble, 1893.*

Seit dem grossen Aufschwunge der deutschen medicinischen Literatur in den letzten zwanzig Jahren wird es immer seltener, dass Werke nichtdeutscher Autoren in's Deutsche übertragen werden, sorgt ja auch die medicinische Publicistik eifrig dafür, dass das geistige Eigenthum der einen Nation zum Gemeingut aller übrigen werde. Unter solchen Verhältnissen muss das fremdländische Werk einer hervorragend praktischen Doctrin ganz besondere Vorzüge darbieten, wenn es in Form der Uebersetzung den deutschen ärztlichen Kreisen allgemein zugänglich gemacht wird. Thatsächlich genügt schon eine kurze Prüfung des Werkes, uns die besonderen Vorzüge erkennen zu lassen, die eine Einverleibung der „Chirurgischen Operationslehre von *Treves*“ in die deutsche ärztliche Bücherei vollkommen rechtfertigen; es sind dies namentlich die praktische bündige Behandlung des Themas, durch zahlreiche Abbildungen unterstützt, das strenge Festhalten an der Darstellung des operativen Verfahrens von seiner technischen Seite, die richtige Vertiefung in diese Aufgabe, die eben nur durch die Beschränkung auf das eigentliche Gebiet der Operationstechnik ermöglicht wird, vereint mit einer fesselnden Darstellung, welche die Aufmerksamkeit des Lesers stets rege hält. Im Allgemeinen Theil beschäftigt sich das erste Capitel mit dem „Zustand des Kranken, sofern er den Erfolg der Operation beeinflusst“, die nächsten Capitel schildern den Operateur, das Operationszimmer, die Instrumente nebst Zubehör, die Elemente der chirurgischen Operationslehre (i. e. Instrumenten- und Verbandlehre), Blutstillung, Schliessung und Drainage der Wunde. Der zweite Abschnitt „Gebrauch der Anästhetica“ ist von Dr. *F. W. Hewitt,* Anästhetiker am London Hospital, gründlich und ausführlich bearbeitet worden. Nun folgt die specielle chirurgische Operationslehre: Unterbindung der Arterien, Operationen an Nerven, Amputationen, Exarticulationen etc. Hier ist zu betonen, dass Verf. auch den neuesten Erweiterungen des operativen Eingreifens — Operationen am Magen und Darm — Rechnung trägt, wobei er die nach eigener Erfahrung be-

währten Operationsmethoden schildert. Die von *Ch. Berjan* ausgeführten zahlreichen Illustrationen unterstützen die Aufgabe des Werkes in ausgiebiger Weise. Sach- und Namenregister beschliessen das Werk. Die Uebersetzung ist in fliessender Sprache gehalten. *—nn.*

743. ***Lehrbuch der Kriegschirurgie.*** *Von Doc. Dr.* ***Carl Seydel,*** *München. Mit 176 Abbildungen. Stuttgart, F. Enke, 1893.*

Der Aufforderung des rühmlichst bekannten Verlegers des Sammelwerkes „Die Bibliothek des Arztes", für dasselbe ein kurzgefasstes Lehrbuch der Kriegschirurgie zu verfassen, kam der Autor am besten dadurch nach, dass er seine in München gehaltenen Vorträge für Militärärzte zu dem nun vorliegenden Buche vereinigte, in welchem er, von jeder historischen Entwicklung, Statistik und Casuistik ganz absehend, nur dasjenige niederlegte, was der Arzt unumgänglich wissen muss, um im Felde erfolgreich Hilfe leisten zu können. Weggelassen sind alle jene Dienstverrichtungen, über welche allerhöchste Vorschriften bestehen, wie Dienst bei Feldformationen, die Genfer Convention, Thätigkeit der freiwilligen Krankenpflege, was, wie der Verfasser richtig fühlte, leicht hätte zu Missverständnissen Anlass geben können, umsomehr, als hierfür in den einzelnen Staaten und Ländern verschiedene Vorschriften und Uebungen, respective Gepflogenheiten bestehen. Dass nichtsdestoweniger dem vorliegenden Werke die amtlich zusammengestellten Werke der letzten grossen Kriege zu Grunde gelegt sind, ist selbstverständlich; dagegen beruht die Beschreibung der Operationen und Handgriffe durchwegs auf der persönlichen Erfahrung des Autors während seiner Thätigkeit als Chirurg, und sind stets die einfachsten Methoden an die Spitze gestellt. Der Inhalt zerfällt natürlich in einen allgemeinen und einen speciellen Theil; der erstere gliedert sich in fünf Abschnitte, und zwar: *a)* Die modernen Kriegswaffen, ihre Construction und Wirkungsweise. *b)* Die Einwirkung der Geschosse auf den menschlichen Körper. *c)* Wundbehandlung und Wundkrankheiten. *d)* Unterbringung Verwundeter auf dem Kriegsschauplatz. *e)* Verwundetentransport. Dass in diesen Capiteln, namentlich im zweiten, vierten und fünften, die allerneuesten Erfahrungen und modernsten Einrichtungen aller Staaten und Disciplinen zur Geltung kommen, sei rühmlichst erwähnt, da dieser Umstand den Werth dieses doch mehr als Compendium geltenden Buches sehr erhöht. Der specielle Theil ist in folgende neun Capitel gegliedert: 1. Schussverletzungen des Schädels, 2. des Gesichts, 3. des Halses, 4. der Brust und ihrer Eingeweide, 5. des Unterleibes und seiner Eingeweide, 6. der Harn- und Geschlechtsorgane, sowie des Beckens, 7. des Rückens, der Wirbelsäule und des Beckens, 8. der oberen und 9. der unteren Extremität. In diesen Abschnitten hat Verf., wie schon oben angedeutet, nebst Würdigung der Leistungen anderer Chirurgen doch hauptsächlich seine eigenen, reichhaltigen praktischen Erfahrungen niedergelegt, wodurch die vorliegende Arbeit eben wirklich den Werth eines Lehrbuches erhält, welches trotz der sich rasch vermehrenden Zahl solcher kurzgefasster Kriegschirurgica doch auf das Beste dem Studirenden wie dem Arzte in Krieg und Frieden empfohlen werden kann. Die zahlreichen Abbildungen, vom Bildhauer Aigner ausgeführt, sind Originale und überaus klar und instructiv und geben Zeugniss von der Munificenz der Verlagsfirma Enke.

*v. Buschman,* Wien.





# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

744. ***Ueber Amöben im Harn.*** *Von* ***C. Posner.*** *Nach dem Vortrag, gehalten in der Hufeland'schen Gesellschaft zu Berlin. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 28.)*

Nachdem lange Zeit die Krankheitserreger pflanzlicher Natur das Interesse der Aerzte in ganz hervorragendem Masse in Anspruch genommen, sind neuerdings auch in Bezug auf die niedersten Thiere und ihre Rolle bei der Erzeugung von Infectionskrankheiten viele und wichtige Thatsachen ermittelt worden. Ich brauche hier nur an die Mikroorganismen der Malaria zu erinnern, an die Psorospermosen und Coccidienkrankheiten, um Ihnen die Ausdehnung des hier in Betracht kommenden Gebietes in's Gedächtniss zu rufen; ich brauche nur zu erwähnen, dass von Tag zu Tag wahrscheinlicher wird, was wir von *Robert Koch* hörten, dass man wohl auch für eine ganze Anzahl von Infectionskrankheiten, wie z. B. die acuten Exantheme, Protozoen als die schuldigen Parasiten wird anzunehmen haben. Dass unter den Protozoen die Gattung Amöba hierbei eine gewisse Bedeutung beanspruchen darf, ist namentlich durch die unermüdlichen Bemühungen von *Kartulis* in Alexandrien nachgerade über allen Zweifel gestellt. Für den von ihm erhobenen Befund, dass gewisse Formen von Dysenterie, wie sie namentlich in den Tropen heimisch sind, einhergehen mit der Invasion der von *Loesch* entdeckten Amoeba coli s. dysenterica, haben wir jetzt eine ganze Reihe von Zeugnissen; auch aus Berlin kennen wir ein Beispiel für das Vorkommen der Dysenterieamöbe: in einem Falle *Nasse's* fand sie sich im Darminhalt und, gerade wie beim tropischen Leberabscess, auch in dem aus der Leber entleerten Eiter vor. Vom Auftreten von Amöben im Harn haben wir bisher nur wenige Nachrichten. *Baelz* in Tokio sah bei einem Mädchen von 22 Jahren, das an Tuberculose zu Grunde ging, sich kurz vor dem Tode Hämaturie mit starkem Tenesmus vesicae entwickeln: die Untersuchung des Harnes liess massenhafte, lebhaft bewegliche Amöben, die im runden (Ruhe-) Zustand einen Durchmesser von 50 $\mu$ besassen, erkennen — die gleichen Amöben fanden sich im Inhalt der Vagina, und *Baelz* nimmt an, dass sie beim Waschen dorthin gelangt und von da in die Harnblase gewandert seien; er bezeichnet sie als Amoeba urogenitalis. Und *Jürgens* konnte im Verein für innere Medicin zu Berlin die Blase eines Mannes demonstriren, welche kleine, mit Amöben erfüllte Schleimhautcysten enthielt; über etwaige Krankheitserscheinungen aber ist in diesem Falle nichts bekannt. Der von mir beobachtete Fall unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von dem, was bisher über das Erscheinen von Amöben im Urin bekannt war; er hat aber inzwischen noch ein Analogon gefunden in einer Beobachtung von *Kartulis*, die er, angeregt durch meine kurze Demonstration, im Verein für innere Medicin ganz neuerdings mitgetheilt hat.

Ein 37jähriger Musiker, der sein ganzes Leben in Berlin zugebracht hatte, kam am 12. Juli v. J. in meine poliklinische Sprechstunde mit der Angabe, dass er blutigen Harn entleere. Er sei vor drei Tagen von einem Schüttelfrost befallen worden; am gleichen Tage sei der angeblich vorher vollkommen klare und helle Urin blutig gefärbt erschienen; das Uebelbefinden habe sich allmälig gegeben. Als Ursache dieser Erkrankung wusste Patient nur eine vor vier Tagen stattgehabte starke Erkältung anzugeben. Die Untersuchung des Patienten ergab



ausser einer sehr blassen Gesichtsfarbe eigentlich nichts Abnormes; Temp. 37·2, Puls 72, keine Oedeme, am Herzen nichts nachzuweisen. Der Urin, angeblich in gewöhnlicher Menge entleert, war tiefroth gefärbt, sehr trübe, enthielt reichlich Blut, viel Eiweiss. Die mikroskopische Untersuchung des durch Centrifugiren gewonnenen Sedimentes liess auf den ersten Blick die Anwesenheit zahlreicher Körper erkennen, aus granulirtem Plasma bestehend, die die weissen Blutzellen etwa um das 8—10fache an Grösse übertrafen. Sie enthielten eine oder mehrere theils runde, theils längliche Kerne, ferner Vacuolen und fremde Einschlüsse, insbesondere rothe Blutkörperchen. Sie besassen meist unregelmässige plumpe Formen, die sich deutlich, wenn auch langsam, unter unseren Augen veränderten — stellenweise waren längere, zarte Fortsätze zu erkennen. Ausser diesen Gebilden, die sofort als Amöben erkennbar waren, enthielt der Urin sehr zahlreiche rothe Blutscheiben, Leucocyten, vereinzelte Nierenepithelien und hyaline, sowie granulirte und Blutcylinder. Patient wurde auf absolute Milchdiät gesetzt und Bettruhe angerathen; eine interne Medication aber unterlassen. Nach drei Tagen gelang es nicht mehr, Amöben nachzuweisen. Es trat nun eine einwöchentliche Pause ein, während der sich Pat. ganz wohl fühlte und einen zwar eiweisshaltigen, aber blut- und amöbenfreien Urin entleerte. Am 21. Juli aber erschien eine neue, zwei Tage andauernde Attaque mit den gleichen Erscheinungen, der am 10. September und am 11. November neuerliche Anfälle von Hämaturie folgte; alle drei Male konnte man, sowie das Blut auftrat, auch die Amöben nachweisen — mit dem Verschwinden des Blutes verschwanden auch sie.

Darüber, dass in diesem Falle die Amöben mit der Erkrankung in irgend einem ursächlichen Zusammenhang stehen, kann wohl kein Zweifel herrschen. Die Deutung dieses Zusammenhanges aber unterliegt ernsten Schwierigkeiten. Wo haben wir zunächst den Angriffspunkt der Amöben zu suchen? hielten sie sich in der Blase oder in der Niere auf und wie kamen sie dorthin? Nach den Befunden von *Baelz* und *Jürgens* sollte man zunächst an die Blase denken; auch in dem jüngst publicirten Falle von *Kartulis* ist dies wohl wahrscheinlich, da hier ein Blasentumor nachweisbar war. Bei unserem Patienten aber spricht mancherlei gegen diese Annahme. Seine Beschwerden aber waren nicht cystitischer Art; sein Harn enthielt nicht blos Elemente, die aus der Blase stammen konnten. Und endlich ist der wiederholt erhobene cystoskopische Befund negativ ausgefallen. Für eine Betheiligung der Nieren spricht der Harnbefund, aber dann erhebt sich die Frage: Wie sind die Mikroorganismen in die Niere gelangt? Wir dachten zunächst auf Grund des plötzlichen mit Schüttelfrost einsetzenden Krankheitsbeginnes an einen Transport der Amöben oder ihrer Sporen auf dem Blutwege, wofür ja auch die Analogie mit den Blutungen bei anderen Parasiten (Filaria, Distomum) zu sprechen scheint, — die sofort und wiederholt angestellte Untersuchung frischer und nach *Ehrlich* getrockneter und gefärbter Blutpräparate lieferte aber nicht die geringsten Anhaltspunkte für diese Annahme. Es würde also nur übrig bleiben, sich vorzustellen, dass die Amöben von der Blase aus in's Nierenbecken gelangt sind, sich dort etwa in einer Cyste eingenistet und von hier aus die wiederholten Attaken der Nierenaffection bedingt haben. Jedenfalls war ja auch die hier bestehende, recidivirende Nephritis durchaus irregulärer Art, — sie ist abgelaufen, ohne dass es zu Oedemen oder irgend einer Betheili-

gung des Herzens jemals gekommen wäre. Ob die hier beobachteten Amöben eine specielle Form darstellen, wird man mit Sicherheit nicht entscheiden können, — die gänzliche Unmöglichkeit, Reinculturen zu erhalten, steht vorläufig einem genaueren Studium dieser Organismen hindernd im Wege. Im Allgemeinen stimmen sie ja wohl mit der Amoeba coli überein; namentlich zeigten sie das gleiche Verhalten gegen Anilinfarben, in denen sie sich ziemlich gleichmässig, aber mit deutlichem Hervortreten der Kerne tingirten. Grössere Unterschiede aber liegen in den Massen: Die Amöbe der Dysenterie kommt im Allgemeinen nicht über 30 μ hinaus; wir haben wiederholt grössere Thiere beobachtet (z. B. eines von 50 μ zu 28 μ), während allerdings die meisten Exemplare ähnliche Dimensionen (z. B. 25/26 μ, 28/30 μ) aufwiesen. Ich möchte nicht annehmen, dass es sich hier um einen vereinzelt bleibenden Befund handelt. Man wird jedenfalls in allen dunklen Fällen von Hämaturie auf die hier beschriebenen Dinge sein Augenmerk richten müssen.

# Kleine Mittheilungen.

**745. *Die kleinen japanesischen Leibwärmeflaschen.*** (Correspondenzbl. d. Württemb. ärztl. Landesvereines.) Prof. ***Baelz*** aus Tokio lenkt die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publicums auf kleine Leibwärmeflaschen, welche hie und da im Volke, aber nicht von Aerzten beachtet werden. Diese Apparate sind aus Kupfer gearbeitete, längliche, viereckige, über die Fläche schwach gebogene Kästchen, welche mit einem Stoff überzogen und einem aufsetzbaren Deckel versehen sind. In diesen Wärmeapparat kommen Kohlenpatronen, welche nach Verschluss des Deckels, einmal angezündet, stundenlang fortglimmen. An die schmerzhafte Brust, an den Bauch, Füsse etc. angelegt, ist der Apparat in allen Fällen nützlich, wo sonst trockene Wärme angewendet wird und wegen der Bequemlichkeit der Application sehr empfehlenswerth. Referent hat viele Male Gelegenheit gehabt, von der Vortrefflichkeit des Wärmkästchens sich zu überzeugen. *Hausmann,* Meran.

**746. *Ein musikalisches Herzgeräusch.*** ***Julius Weiss*** berichtet über einen Fall — 42jährige Frau —, in dem seit einem Jahre Beschwerden des Herzens empfunden wurden Es bestanden Hypertrophie und Erweiterung des linken Ventrikels und ein diastolisches musikalisches Geräusch, das so laut war, dass es in Entfernung von einem Meter von der Brust der Patientin gehört werden könnte. Das Geräusch wechselte in seiner Intensität zu verschiedenen Zeiten und verlor gelegentlich seinen musikalischen Charakter.

(Deutsche Med.-Ztg. 1893. 20. April.)

**747. *Zur Behandlung der Odontalgie*** empfiehlt ***Gatschkowski*** statische Elektricität. Der Zahnschmerz wurde nach seiner Beobachtung in mehreren Fällen sofort gestillt unter dem Einflusse des elektrischen Windes, den man dadurch erzielt, dass man die Spitze des Excitators in der Richtung des kranken Zahnes hält, während der auf einem isolirten Schemel sitzende Kranke mit einer elektrostatischen Maschine in Verbindung ist. Merkwürdigerweise soll die statische Elektricität nicht nur auf nervösen Zahnschmerz wirken, sondern auch auf denjenigen entzündlichen Ursprungs bei Pulpitis und Periostitis. 2—3 Minuten nach der Einwirkung des elektrischen Windes auf den kranken Zahn nehmen die Schmerzen bereits merklich ab und verschwinden gänzlich in 5—6 Minuten.

(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 16. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 31.)

**748. *Gegen die Migraine***

| | |
|---|---|
| *Butylchloralhydrat.* | *1 0,* |
| *Tinct. gelsemii* | *guttas XXX,* |
| *Tinct. cannab. indic.* | *„ XV,* |
| *Glycerin.* | *16·0,* |
| *Aq. destill. q. s. ut fiant grammata* | *90·0.* |

MDS. 10 Grm. der Mixtur — ein Kaffeelöffel voll auf einmal zu nehmen.

(Practitioner. 1893.)





## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

Baden bei Wien. Die Frage der Errichtung comfortabler, den Anforderungen der Neuzeit entsprechender Badehäuser zu den altberühmten Heilquellen des Curortes. Baden-Weikersdorf 1893. (Schriften des Vereines zur Hebung von Baden-Weikersdorf als Curort und Sommerfrische.)

*Fränkel, Dr. Eugen,* Prosector am Neuen allgemeinen Krankenhause zu Hamburg. Ueber Gasphlegmonen. Mit 7 chromolithographischen Tafeln. Hamburg und Leipzig 1893, Verlag von Leopold Voss.

*Pechère & Funck M.,* Interne des hôpitaux. Le système nerveux dans la fièvre typhoide. Bruxelles 1893. Henri Lancertin, Editeur Libraire.

*Treves Frederik J. R. C. S.,* Chirurg und Docent der Anatomie am London Hospital, Mitglied der Prüfungscommission des Royal-College of Surgeons. Handbuch der chirurgischen Operationslehre. Für praktische Chirurgen und Studirende. Aus dem Englischen von *Dr. Med. R. Teuscher.* Einzig autorisirte deutsche Auflage in zwei Bänden mit 422 Abbildungen. Jena 1893, Hermann Costenoble

*Volkmann Richard v.* Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge, herausgegeben von Ernst v. Bergmann, Wilhelm Erb und Franz v. Winckel.
- Nr. 72. Rotter J., Die Stichverletzungen der Schlüsselbeingefässe.
- Nr. 73. Beschorner Oscar, Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis (Bronchialcroup).
- Nr. 74. Weiss Otto v., Zur Behandlung der Gesichts- und Stirnlagen. Leipzig 1893, Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Das hochachtungsvoll gefertigte Präsidium beehrt sich hiermit die Mittheilung zu machen, dass die Abhaltung des ***I. Internationalen Samariter-Congresses in Wien*** mit Rücksicht auf die unsichere sanitäre Lage Europas bis zum Jahre 1894 verschoben wurde.

Wien, 9. August 1893. Für das Präsidium: Dr. Theodor Billroth.

**Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.**
**Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.**
**Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.**




Digitized by Google

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

749. ***Ueber den Nachweis des Blutes in dem Magen- und dem Darminhalt.*** *Von Dr. **H. Weber**, Assistent der med. Poliklinik zu Marburg. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 19.)*

Bei Verdacht auf Ulcus ventriculi und duodeni, bei Carcinom des Intestinaltractus wird eine regelmässige Untersuchung des Mageninhaltes und der Fäces auf Blut gewiss in sehr vielen Fällen Klarheit bringen. Eine Methode, welche in den Händen des praktischen Arztes brauchbar sein soll, darf 1. keine grossen Ansprüche an Apparate stellen und muss 2. rasch ausführbar sein. Die klinische Diagnostik verfügt über folgende Verfahren, Blut nachzuweisen: 1. Der mikroskopische Befund rother Blutkörperchen. Derselbe scheitert bei der Untersuchung des Magen- und Darminhaltes häufig daran, dass die rothen Blutkörperchen rasch durch die Verdauung zerstört werden. 2. Die Probe von *van Deen:* Die braune Lösung von Guajakharz wird durch Blut bei Zusatz von Terpentin intensiv blau. Die Probe ist von grosser Feinheit und gelingt nicht nur mit frischem Blut, sondern auch mit verändertem Blutfarbstoff, speciell mit Hämatin. Aber ausser durch Blut wird diese Reaction noch durch Pflanzenbestandtheile, z. B. frische Kartoffel, hervorgerufen, ferner durch anorganische Stoffe, wie wir sie theilweise als Arzneimittel verwenden, so Eisenpräparate. 3. Die *Teichmann*'sche Probe der mikrochemischen Darstellung von Häminkrystallen. — Die gewöhnliche Art der Ausführung stösst bei diesem Material auf Bedenken, denn das Blut ist keineswegs gleichmässig durch die ganze Masse vertheilt. 4. Die *Heller*'sche Probe (Versetzen des Harns mit Kalilauge und Kochen, Rothfärbung der ausfallenden Phosphate durch den Blutfarbstoff) ist schon im Harn nicht sehr genau und zuverlässig und im Filtrat des Mageninhalts und Kothes schon wegen des Vorhandenseins anderer Farbstoffe nicht anzuwenden. 5. Der spectralanalytische Nachweis. Hierdurch lassen sich Blutungen des Magens und Darmcanals allerdings mit Sicherheit erkennen, jedoch einen guten Spectralapparat besitzen nur wenig Aerzte. Bei dem Bemühen, eine brauchbare einfache Reaction zu finden, wandte Verf. sich nach verschiedenen anderen Versuchen einem Verfahren zu, welches sich im klinischen Taschenbuche von *Seiffert* und *Müller* empfohlen findet, bei welchem sich mit der Essigsäure-Aether-extraction der Fäces die Guajakterpentinprobe combinirt. Das Vorgehen dabei ist folgendes: Wie zur spectralanalytischen Untersuchung zerreibt man eine möglichst reichliche Probe der Fäces mit Wasser, dem man etwa ein Drittel Volumen Eisessig zugesetzt hat und schüttelt mit Aether aus. Von diesem sauern





Aetherextract werden nach der Klärung einige Cubikcentimeter abgegossen und mit etwa 10 Tropfen Guajaktinctur und 20 bis 30 Tropfen Terpentin versetzt. — Bei Anwesenheit von Blut wird das Gemisch blauviolett, fehlt Blut, so wird es rothbraun, oft mit einem Stich in's Grüne. Prägnanter wird die Reaction, wenn man nach dem Zusatz von Wasser den blauen Farbstoff mit Chloroform ausschüttelt. Es fragte sich nun, gehen auch jene oben erwähnten irreleitenden Stoffe in den sauern Aether über, und vermögen sie auch dann noch positiven Ausfall der Probe hervorzurufen.

Als positiv reagirend sind ausser Blut: 1. Von Nahrungsmitteln: eine grosse Zahl der verschiedensten Pflanzenbestandtheile und Milch; 2. von Producten unseres Körpers: Galle, Speichel, Eiter und 3. viel anorganische Stoffe, welche wir als Arzneimittel intern verabreichen. Zweiundsiebzig Stuhluntersuchungen bei Gesunden und Kranken ergaben die pflanzlichen Bestandtheile unserer Kost, einschliesslich auch vieler seltener Gemüse und Gewürze, ebenso Milch, ferner Galle und Speichel als sicher in Essigsäure-Aetherextract nicht mehr positiv auf Guajakterpentin reagirend; auch dann nicht, wenn zuvor die nicht weiter behandelten Excremente deutliche (nicht in Blut begründete) Reaction hervorgerufen hatten. — Ebensowenig veranlasst Eitergehalt der Fäces eine täuschende Bläuung. — Auch 67 Arzneimittel, welche methodisch aus der Pharmakopoe zusammengestellt und theils nach Darreichung an Kranke in den Fäces, theils nur im Reagensglase geprüft wurden, erwiesen sich, mit saurem Aether extrahirt, wirkungslos auf das *van Deen*'sche Reagens. Konnten sonach Täuschungen durch fremde Stoffe, die gewöhnlichen Fehlerquellen der Guajakblutreaction, ausgeschlossen werden, so musste noch das Verhalten des Blutfarbstoffes fleischhaltiger Nahrung festgestellt werden. Gemischte Kost, auch fast ausschliessliche Fleischkost, liess keine positive Reaction der Fäcesextracte auftreten, so lange nur gargekochtes Fleisch genossen wurde. Halbrohes, mangelhaft entblutetes Fleisch ergab hingegen positive Reaction. Es wird also nöthig sein, bei positivem Ausfall der Probe durch sorgfältige Anamnese den Genuss halbrohen — nach englischer Art gebratenen — Fleisches ebenso wie die blutreicher Wurstarten auszuschliessen. Was die Feinheit der Reaction anbetrifft, so lassen sich damit noch kleinere Blutungen, als mit der Spectralanalyse, nachweisen. Der Genuss von kaum 3 Ccm. rohen Blutes genügte, nur im Extract des Tagesstuhls positiven Ausfall zu bedingen. Es dürfte sonach die combinirte Methode, nach Extraction der zu untersuchenden Massen mit Essigsäure-Aether im Extract die Guajakterpentinreaction anzustellen, ein Verfahren sein, welches sich zum Gebrauch am Krankenbette gut eignet. Aber auch zur Untersuchung des Harns und des Auswurfs eignet sich diese Methode. Sie wird so vorgenommen, dass ein Reagensglas Harn mit etwas Eisessig versetzt und mit einigen Cubikcentimetern Aether sanft durchgeschüttelt wird. Setzt sich der Aether nicht schnell ab, so genügen einige Tropfen Alkohol zur Erzielung einer durchsichtigen Schicht. Bleibt der Aether farblos, so ist kein Blut vorhanden, färbt er sich rothbraun, so be-



weist dies die Anwesenheit von Blutfarbstoff. Gelbe und gelbbraune Farbentöne des Aethers können auch durch Gallenfarbstoffe, besonders Hydrobilirubin, erzeugt sein und erfordern genaue spectralanalytische Untersuchung oder, weit einfacher, die Guajakterpentinreaction des Essigsäure-Aetherextractes. —*v.*

750. ***Ueber das Wesen und die Behandlung der Perityphlitiden.*** *Von Prof. Dr. Sahli. (Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1892. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 30.)*

In neuerer Zeit unterscheidet man nur zwischen der sogenannten Typhlitis stercoralis und der Appendicitis. Die Typhlitis stercoralis soll sich an eine hartnäckige Verstopfung anschliessen und eine Entzündung der Wand des Cöcums darstellen. Die hierbei zu fühlende Geschwulst besteht aus dieser entzündeten Cöcalwand und dem Kothpfropfe (Boudin stercoral). Die Therapie ist eine rein medicamentöse, die Prognose eine gute. Ganz anders wird dagegen das Bild der eiterigen Appendicitis gezeichnet. Es sind Schmerzen in der Ileocöcalgegend, Druckempfindlichkeit, kurzum peritonitische Erscheinungen vorhanden. Es handelt sich weiter nicht um einen umschriebenen Tumor, wie bei der Typhlitis stercoralis, sondern um eine diffuse Resistenz in der Tiefe. Es sind dies die Fälle, die man nach *Roux* nicht nur operiren kann, sondern auch operiren muss. Verf. ist jedoch der Ansicht, dass eine derartige scharfe Trennung zwischen Typhlitis stercoralis und eiteriger Appendicitis und scharfe Formulirung der Therapie, wie sie *Roux* will, nicht angeht. Verf. glaubt überhaupt nicht, dass es eine Typhlitis stercoralis im Sinne der Autoren gibt. Der sogenannte Boudin stercoral ist noch von Niemandem gesehen worden. Alle jene Entzündungen, die man mit dem Ausdrucke Perityphlitis im weiteren Sinne des Wortes zusammenfasst, haben das gemeinsam, dass sie auf einer Infection der Wand des Cöcums und seiner Nachbarschaft vom Darmcanal aus beruhen. Alle diese Entzündungen sind infectiös, oder wenn man will, septisch. Je nach Virulenz ihrer Infectionserreger bekommt man leichte Fälle, die unter dem klinischen Bilde der Typhlitis stercoralis verlaufen, und schwere, die unter dem Bilde der Appendicitis sich darstellen. Die meisten dieser Affectionen, mögen sie leicht oder schwer sein, gehen vom Wurmfortsatz aus und viele von ihnen beruhen auf einer eigentlichen Perforation des Wurmfortsatzes. Die Erscheinungen bleiben eben dann gutartig, weil die Perforationsstelle von der Nachbarschaft abgekapselt wird. Dass die virulenten Formen nur wenig resistente, diffuse Schwellungen zu machen pflegen, erklärt sich leicht daraus, dass eben dieselben sich rasch ausbreiten und wenig abkapseln. Die in geringem Grade virulenten Abscesse können vollständig resorbirt werden. Die Erfahrung lehrt weiter, dass die weniger stürmisch verlaufenden Perityphlitiden, wenn sie zur Abscessbildung führen, die auffällige Tendenz haben, in günstiger Weise in den Darm und die Blase nach aussen zu perforiren. Therapeutisch empfiehlt Verf. von vorneherein die Sistirung der Nahrungszufuhr per os. Der Patient erhält Nahrung durch Klystiere. Täglich 1 - 3·40° warme Klystiere von 200 Ccm. Fleischbrühe, 2—3 Eiern und 1 Esslöffel pulverförmigen Peptons. Auf jedes Ei kommt 1 Grm. Kochsalz. Zur Stillung des Durstes

können eventuell nach Bedürfniss noch Wasserklystiere verabreicht werden. Gegen die Behandlung der vermeintlichen stercoralen Formen der Typhlitis mit hochgehenden Klystieren oder Abführmitteln wendet sich der Verf. energisch. Die Opiumtherapie spielt dagegen nach seiner Ansicht die grösste und segensreichste Rolle. Anfänglich werden grössere Dosen verabreicht, 10 Tropfen Tinct. opii, dann stündlich bis zweistündlich 5—7 Tropfen bis zum Aufhören der Schmerzen. Sobald neue Schmerzen auftreten, erhält der Patient wieder die ursprüngliche Dosis. Neben der Opiumdarreichung ist in ihrer Wirksamkeit nicht zu unterschätzen die äussere Application von Kälte und Wärme. In Anfangsstadien ist die Anwendung der Eisblase am Platze, die später dann zweckmässig durch feuchte Wärme ersetzt wird. Ist der Patient ganz oder nahezu schmerzfrei geworden, so kann man vorsichtig mit der Zufuhr von flüssiger Diät beginnen. Seinen Standpunkt gegenüber dem chirurgischen Eingriff präcisirt Verf. folgendermassen. Zu operiren sind: 1. Stürmische Fälle, bei welchen der Arzt durch den starken Meteorismus, die trockene Zunge, das sich wiederholende Brechen, die heftige Schmerzhaftigkeit, sehr hohe oder umgekehrt sehr niedrige Körpertemperatur, das Verhalten des Pulses und der Athmung, die Shockerscheinungen, die Facies abdominalis etc. den Eindruck erhält, dass sich eine allgemeine Peritonitis oder Sepsis präparirt. 2. Fälle, die, obschon sie nicht stürmisch und scheinbar nicht besonders schwer verlaufen, doch durch das Ausbleiben eines deutlichen Erfolges der Therapie ihre Virulenz verrathen und trotz zweckmässiger mehrtägiger Behandlung progressiv erscheinen. 3. Fälle, welche, ohne stürmisch zu verlaufen oder progressiv zu sein, eine gewisse Virulenz durch das Auftreten häufiger und schwerer Recidive zeigen. 4. Selbstverständlich ist es, dass da, wo ein oberflächlicher Abscess durch die physikalische Untersuchung sicher nachzuweisen ist, die Operation empfohlen werden muss.

751. ***Ueber palpable und bewegliche Nieren.*** *Von Dr. **Paul Hilbert**. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. L, pag. 483. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 61.)*

Während *Israel* zu dem Schlusse kam, dass man unter sonst günstigen Umständen jede normale Niere ganz oder theilweise abtasten könne, behauptete *Kuttner*, dass jede Niere, die bei der Palpation eine deutliche respiratorische Verschiebung erkennen lasse, für pathologisch zu halten sei. — Verf. unterscheidet nach dem Grade der Beweglichkeit drei Formen: 1. Erster Grad der Beweglichkeit: Man fühlt den unteren Pol der Niere bis zu höchstens der Hälfte des Organs — palpable Niere, Ren palpabilis. 2. Zweiter Grad der Beweglichkeit: Man kann die ganze Niere zwischen den Fingern abtasten — bewegliche Niere, Ren mobilis. 3. Dritter Grad der Beweglichkeit: Man kann die ganze Niere fühlen und dieselbe nach abwärts und innen frei verschieben — eigentliche Wanderniere, Ren migrans. Palpable oder bewegliche Nieren kommen bei Männern selten vor; die vom Verf. zusammengestellten Fälle beziehen sich ausschliesslich auf Frauen; auf je fünf Frauen kommt mindestens eine mit fühlbaren Nieren. Verf. stimmt darin mit *Israel* überein, dass die respiratorische Verschieblichkeit der Nieren

ein physiologisches und nicht, wie *Kuttner* behauptet, ein pathologisches Vorkommen ist. — In Verf.'s 100 Fällen war 65mal die rechte Niere, 35mal waren beide Nieren zu fühlen. Von den nur rechtsseitig fühlbaren Nieren boten 40 den ersten (Ren palpabilis) und 25 den zweiten Grad der Beweglichkeit dar. Erster Grad der Beweglichkeit beider Nieren wurde achtmal, zweiter Grad beiderseits neunmal constatirt. In 17 Fällen war rechts die ganze Niere abzutasten, während links nur der untere Pol zur Wahrnehmung gelangte. Eine echte Wanderniere konnte Verf. unter seinen 100 Fällen nur einmal constatiren und war dieselbe mit linksseitiger palpabler Niere vergesellschaftet. Allein linksseitig fühlbare Nieren fand Verf. nicht. Die Nieren werden am häufigsten bei Patientinnen zwischen dem 20. und 30. Jahre gefühlt; die palpablen und beweglichen Nieren kommen am häufigsten bei Frauen vor, welche noch nicht geboren haben. Neunmal waren geringe und fünfmal erheblichere Mengen Eiweiss vorhanden (14%); es scheint daher, dass bei abnormer Beweglichkeit der Nieren Störungen in der Urinsecretion vorkommen, welche zur Albuminurie führen können. Ueber die Ursachen der grösseren Beweglichkeit der Nieren ermittelte Verf. wenig Neues: einmal wurde das Tragen einer schweren Last beschuldigt; ein anderes Mal konnte eine bestehende Verkrümmung der Wirbelsäule verantwortlich gemacht werden; Tiefstand des vorderen unteren Randes der rechten Lunge wurde achtmal gefunden, Tiefstand der Leber ausserdem noch viermal; Leistenhernien zwei- und Prolaps der Vaginalwände einmal. Dass überstandene Geburten keinen begünstigenden Einfluss ausüben, wie dies *Landau* angenommen hat, wurde bereits oben angegeben. Unter seinen 100 Fällen konnte Verf. nur 17mal eine Vergrösserung, respective einen Tiefstand des Magens nachweisen. Nur in 15% konnten Beschwerden von der bestehenden Anomalie hergeleitet werden. Die geringeren Grade der Beweglichkeit, Ren mobilis, haben nach Verf. keine pathologische Bedeutung, sondern stellen eine innerhalb physiologischer Grenzen fallende Abnormität dar.

752. ***Der Hitzschlag und seine Behandlung vermittelst der Chloroformnarcose.*** *Von Dr. **Koerfer,** Kreuzburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 28. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 64.)*

Für den Hitzschlag betrachtet man gewöhnlich die Wärmestauung und Wasserverarmung des Organismus als ätiologische Momente. Entwärmung und schnelle Zuführung von Flüssigkeiten werden als therapeutisch wichtig angesehen, ebenso ist die Herzschwäche durch die Anwendung der Stimulantien gebührend berücksichtigt. Trotz dieser Massnahmen ist die Mortalität bei dieser Erkrankung noch eine ungemein hohe, und dieser Umstand veranlasst den Autor, einen therapeutischen Vorschlag zu machen, der nach seiner Ansicht namentlich bei den schweren Formen angewendet zu werden verdient: Ein kräftiger Mann wurde bei einer Felddienstübung nach kurzen Prodromalerscheinungen von einem schweren Hitzschlage befallen. Die Convulsionen konnten durch kein Mittel beseitigt werden, Cyanose und Herzerscheinungen nahmen bereits einen bedrohlichen Charakter an. Die Reflexe an den Pupillen waren erloschen, während die Hautsensibilität eine



rechte Bein ausstrahlten, Harnverhaltung und selbst Erbrechen eintrat. Die Digitaluntersuchung des Mastdarms, die nun kurz nach Entleerung einer reichlichen Menge eines dickbreiigen Stuhles stattfand, ergab jetzt, dass sich in der Aushöhlung des Kreuzbeins ein fester, hühnereigrosser Körper befand, der sich nicht von der Stelle bewegen liess und gleichsam mit der Schleimhaut verwachsen schien. Die Oberfläche dieses Körpers fühlte sich glatt und hart wie eine Eischale an; bei starkem Druck mit der Fingerspitze zerbrach dieselbe. Verf. versuchte den Körper von der Schleimhaut zu lösen, was auch gelang, aber nicht, ohne ihn in mehrere Stücke zu zerbrechen. Mehrere der grössten Stücke holte er sofort heraus, einige kleinere Stücke blieben liegen, wurden durch den Gebrauch täglicher lauwarmer Einfüllungen des Mastdarms erweicht und entfernt und in wenigen Tagen war der Mastdarm völlig leer und rein. Mehrere Wochen nach der künstlichen Stuhlentleerung begannen die Hämorrhoidalknoten auf's Neue zu schwellen und so schmerzhaft zu werden, dass die Patientin wieder ganz liegen musste. Einer der Knoten vereiterte, es bildete sich ein Abscess, der geöffnet werden musste und schliesslich die Durchschneidung des Sphincters vernothwendigte. Der eiförmige Kothstein bestand aus einer dünnen festen Schale, der Schale der Vogeleier ähnlich, hatte eine graubraune Farbe und war ziemlich leicht zerbrechlich. Leider fehlt die chemische Untersuchung des Steines.

—r.

755. ***Weitere Bemerkungen über die Behandlung des Myxödems.*** *Von F. Vermehren. (Hospitals tidende. 1893, pag. 389. — Zeitschr. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. Juli.)*

In einer ersten Mittheilung (Hospitals tidende. 1893, pag. 125) von der Behandlung des Myxödems mittelst innerlichem Eingeben von Gl. thyreoidea hat der Verf. schon darauf aufmerksam gemacht, dass während dieser Behandlung plötzliche Anfälle von Stenocardie entstehen können. Er hat später mehrere Fälle in dieser Weise behandelt. Nur hat er statt der Glandulae selbst ein Präparat von diesen angewandt, welches in folgender Weise zubereitet wird: Die gereinigten Glandulae von Kälbern werden mit der doppelten Menge Glycerin in 24 Stunden extrahirt. Nach wiederholter Filtration durch Watte wird mit Alcohol. absol. gefällt, wodurch ein graugelber Niederschlag entsteht. Dieser lässt sich zu einem Pulver verreiben, welches in Pillen gegeben wird. Eine 61jährige Frau, welche 10 Jahre an Myxödem gelitten hatte, wurde mit diesem Präparate behandelt. Anfangs erhielt sie 20 Cgrm. pro die, später 30 Cgrm. Nachdem sie 4 Tage diese Dosis erhalten hatte, bekam sie starke Unruhe. Die Herzaction war gut, die Töne etwas dumpf, aber rein. Jedoch wurde das Mittel ein paar Tage reponirt. Nachdem sie wieder angefangen hatte, 15 Cgrm. täglich zu brauchen, schritt die Besserung vorwärts. Aber des Abends an dem 17. Tage collabirte sie plötzlich und starb mit allen Zeichen einer Herzlähmung. Eine andere Frau, 59 Jahre alt, hatte an Myxödem 14 Jahre lang gelitten. In den letzten Jahren hatte sie öfters Anfälle von plötzlichem Coma mit geschwächter Herzaction gehabt; das Jahr vorher hatte sie eine leichtere Haemorrhagia cerebri. Die Herztöne waren rein, aber sehr schwach, der zweite



Ton kaum hörbar. Sie bekam gekochte Glandulae, anfangs $^1/_2$, später $^1/_4$ Glandula täglich. Einige Anfälle von Präcordialangst und Dyspnoe traten ein, schwanden aber, als die Dosis verringert wurde. Ungefähr 11 Wochen nach dem Anfange der Behandlung traten ernste Herzzufälle ein, welche im Laufe eines Tages den Tod herbeiführfen. Dasselbe Präparat — der Verf. nennt es Thyrëoidin — welches im ersten der referirten Fälle benutzt wurde, wurde um dieselbe Zeit an zwei andere Patienten gegeben, ohne toxische Zufälle hervorzurufen. Jedoch mahnen diese Resultate sehr dazu, vorsichtig in der Anwendung dieser Mittel bei Kranken mit geschwächter Herzaction zu sein. Auch *Murray* hat auf vier mit Injection von Glandulaextract behandelte Fälle zwei Todesfälle gehabt. Der Verfasser räth deshalb, nicht mehr als 1 Grm. der Drüsensubstanz oder 5 Cgrm. Thyrëoidin täglich bei älteren geschwächten Individuen zu geben.

756. ***Phlebotomie bei Urämie.*** *Von Dr.* ***Renwick R. Ross,*** *New-York. (New-York med. Journ. 1892. 26. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 61.)*

Patientin, 42jährige Frau, hat früher an Malaria und Rheumatismus gelitten; jetzt bestehen Nierenaffectionen. Sie ist in mässiger Weise dem Alkohol ergeben. Im Mai 1890 traten Schwindelanfälle auf, dann bemerkte sie Anschwellung der Füsse und Beine, sowie Kurzathmigkeit. Im October 1892 war sie gezwungen, ihre Arbeit zu unterbrechen. Kurz vor der Aufnahme in das Krankenhaus bestand fast vollständige Harnsuppression. Pat. ist eine kräftig gebaute Frau mit plethorischem Charakter. Es besteht allgemeines Anasarca. Athmung schwierig, über beiden Lungen, vorn und hinten, zahlreiche Rasselgeräusche, Herzaction schwach und verlangsamt und Puls von hoher Spannung, Leber und Milz normal, die Extremitäten stark ödematös. Nach Verordnung von Diuretin entleerte Pat. am zweiten Tage eine ungewöhnlich grosse Menge Urin, dieser enthielt Eiweiss, granulirte und hyaline Cylinder. Am 4. November bekam Pat. zum ersten Mal einen urämischen Anfall. Die Anfälle wiederholten sich Tag und Nacht mit zunehmender Intensität und einmal musste künstliche Athmung eingeleitet werden. Der Puls blieb trotz $^3/_4$stündlicher Gaben von 0·0006 Nitroglycerin sehr gespannt. Während der ganzen Nacht war Pat. sehr unruhig. Gegen Morgen wechselten Coma und Delirium ab und Lungenödem entwickelte sich. Da die Pulsspannung sehr hoch blieb und alle Symptome ernster wurden, beschloss man eine Venäsection zu machen. Aus der V. mediana basilica wurden 600 Grm. dunklen, venösen Blutes entleert. Die Wirkung war eine augenblickliche. Pat. verfiel in einen ruhigen Schlaf, der drei Stunden dauerte. Beim Erwachen war sie vollkommen ruhig und das Lungenödem war verschwunden. Die normale Urinmenge stellte sich wieder her und nach zwei Tagen war das Anasarca gänzlich verschwunden.

757. ***Ein Fall von anscheinender Vergiftung mit Benzosol.*** *Von Prof. Dr.* ***R. v. Jaksch.*** *(Berliner klin. Wochenschr. 1893. 9. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 32.)*

Eine an schwerem Diabetes leidende Frau wurde mit Benzosol (Benzoylguajacol) (2—3 Grm. pro die) behandelt. Am 5. Tage der Medication trat Diarrhoe, am 7. Icterus ein, welcher in den



nächsten Tagen stark zunahm. Die Leber war nicht vergrössert, auf Druck leicht schmerzhaft; der Urin, welcher 5% Zucker enthalten hatte, wurde zwei Tage vor dem am 11. Tage der Benzosolmedication erfolgten Tode zuckerfrei und verlor auch den bisherigen Gehalt an Acetessigsäure. Das Blut zeigte deutlichen Gehalt an Gallenfarbstoff und war, abgesehen von auffallender Blässe der rothen Blutzellen, normal. — Die Section ergibt (abgesehen von chronischem Magencatarrh und alter Tuberculose der Lungenspitzen) fettige Degeneration der Leber und des Herzens, Verfettung der Nierenepithelien, allgemeinen Icterus, acute Enteritis, multiple Blutungen im Zellgewebe des Mediastinums und im visceralen Pericardialblatt. — Als Krankheits- und Todesursache kam, da diabetische, urämische und cholämische Intoxication auf Grund der vorhandenen Symptome ausgeschlossen werden musste, ein exogenes Gift in Frage. Dafür, dass dies das verabreichte Benzosol ist, spricht Folgendes: Die acute Enteritis wird am besten durch eine Schädlichkeit erklärt, deren chemische Wirksamkeit vorwiegend erst im Darm zur Geltung kommt; dies trifft für das Benzosol, ein der Gruppe der Salole angehöriges Ester, zu. Ferner waren die gepaarten Schwefelsäuren im Harn der Patientin ausserordentlich vermehrt; und es steht fest, dass die Salole zu denjenigen Körpern der aromatischen Gruppe gehören, deren phenolartige Componente, in diesem Falle das Guajacol, als gepaarte Schwefelsäure den Organismus verlässt.

758. ***Zur Behandlung der Cholera und der choleraähnlichen Diarrhoe.*** *Von Dr. **Huberwald**, München. (Der Kinderarzt. 1893. Juli. — **Med. Neuigkeiten. 1893. 32.**)*

Nach Verf. kommt dem Chinin eine fast specifische Wirkung bei Behandlung der oben genannten Affectionen zu. Gewöhnlich gab Verf. Chinin. mur. oder sulfur. 0·1 zweistündlich und konnte meist mit acht solchen Pulvern ausreichen. Für kleine Kinder, die noch keine Pulver in Oblaten nehmen können und welche gerade sehr häufig an dieser Krankheit leiden, empfiehlt sich das in gleichen Theilen Wasser lösliche Chinin. muriat. carbamidat., das etwas weniger Chinin enthält. wie die anderen Salze, sonst aber die gleiche Wirkung hat. Man verordnet Chinin. muriat. carbamidat. 0·2—0·5, Aq. dest. 15·0, Extr. Liquir. 2·0. MDS. Zweistündlich einen Kaffeelöffel. Die Kinder nehmen diese Medicin ziemlich leicht — Ist die Cholera-Diarrhoe mit Erbrechen verbunden (Cholerine), so muss erst durch Ammoniak und ähnliche Mittel das Erbrechen gemindert werden. Man gibt etwa: Liq. Amm. anis., Tinct. Capsic. aa. 3·5, Aq. dest. 180·0; viertelstündlich ein Esslöffel, dann das Chinin in Gaben von 0·1 stündlich. Wo diese Behandlung nicht genügt, ist die subcutane Anwendung des Chinins indicirt. Am besten eignet sich hierzu eine wässerige Lösung des Chinin. muriat. carbamidat.; man löst 0·8—1·0 dieses Präparates in 1·0 Wasser und injicirt die ganze Flüssigkeit auf einmal. Der Schmerz ist unbedeutend und es folgt nur eine leichte Anschwellung und Röthung der Haut, die bald wieder verschwindet. — Bei Cholera nostras hat Verf. diese Behandlung seit 10 Jahren erprobt und verspricht sich auch bei den schweren Fällen der Cholera asiatica sehr günstige Resultate. Man müsste dann sofort



die erwähnte Solution in der Regio epigastrica injiciren und bei wieder eintretender Verschlimmerung nach 12—24 Stunden die Injection wiederholen. Ausserdem lässt man den Kranken die oben erwähnte Mixtur nehmen und vorsichtige Diät beobachten.

759. ***Ueber die Choleraepidemie 1892, nach Beobachtungen am Stadtbarackenhospital Nr. 1 und 2.*** *Von* ***N. Ssokolow.*** *(Bolnitschnaja Gasetta Botkina. 1893. 1—17. — Beilage zur St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 4.)*

Vom 22. Juli bis zum 1. December wurden im Hospital 944 Cholerakranke behandelt; unter diesen waren sehr schwere, leichtere und ganz leichte Fälle. Die Mortalität war 20·7%. Als Besonderheit im Verlaufe der schweren Fälle hebt Verf. hervor, dass die charakteristischen Choleratyphoide mit hohem Fieber, Besinnungslosigkeit, Delirien gar nicht beobachtet wurden; wohl aber wurde häufig Temperatursteigerung in den leichten Fällen beobachtet. Verf. schildert die bekannten pathologo-anatomischen Befunde und die therapeutischen Massnahmen. Von den subcutanen Kochsalzinfusionen konnte man keine günstigen Resultate constatiren; dagegen bewährten sich in vielen Fällen die hohen Tannin-clysmen und heisse Bäder. In leichten Fällen bewährten sich Calomel, Salol mit Wismuth und auch die bekannten *Botkin*'schen Tropfen *(Tinct. chin. comp., Spirit. anodyn. Hoffm. aa. 15·0; Chinini muriatic. 4·0; Acidi muriatici diluti 2·0; Tinct. opii simpl. 4·0; Ol. menth. pip. gtt. X;* S. 2stündlich 15 Tropfen).

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

760. ***Zur Trepanation bei Schusswunden.*** *Von Prof.* ***Bergmann****, Berlin. (Berliner med. Gesellschaft. 1893. 14. Juni.)*

Verf. hatte in den letzten 9 Jahren 25 Fälle von Schussverletzungen des Schädels durch Revolverkugeln zu beobachten Gelegenheit. Die erste Reihe der eingelieferten Patienten ist bewusst- und bewegungslos, *Cheyne-Stokes*'sches Athmen. Da liegt in der Regel eine Eröffnung des Seitenventrikels mit Blutextravasat in den Meningen vor. Die zweite Gruppe zeigt das Bewusstsein erhalten, localisirte Krämpfe Hemiplegie, Monoplegie, beschränkte Contractur: Verletzung eines Rindenabschnittes vor oder hinter der Centralspalte. Bei der dritten Kategorie fehlt jedes schwerere Symptom, Verletzung des Frontal- oder Parietallappens. Die Revolverkugel dringt gewöhnlich nicht in grosse Tiefe, liegt dicht unter dem Hirnmantel, oft unmittelbar unter der Dura, ruft aber durch Hineintreiben von Knochensplittern einen bedeutenden Quetschungsherd im Gehirn hervor. Auch wenn das Geschoss tiefer eindringt, findet man die Knochensplitter nur in den Hirnrinden. Die Hauptaufgabe besteht darin, die Eiterung zu vermeiden; strenge Asepsis, strenges Vermeiden jeder Sondirung oder Digitaluntersuchung des Wundcanals. Bei der erstangeführten Gruppe mit den schweren Reizerscheinungen kann der Versuch gemacht werden, den Fremdkörper, eventuell unter Zuhilfenahme einer Trepanation, zu entfernen. In der zweiten Gruppe mit den späteren Reizerscheinungen ist eine Operation selten indicirt. Nur



wenn nach Schädelschüssen sofort heftige Reizerscheinungen auftreten, die also offenbar direct auf den Fremdkörper, nicht auf secundär eintretende Veränderungen zurückzuführen sind, liegt die Indication vor, die verletzte Knochenpartie freizulegen, eventuell zu trepaniren und den Fremdkörper zu entfernen. Die dritte Gruppe der Gehirnschüsse gibt keinen Grund zur Intervention. Von den 25 an der Klinik behandelten Fällen wurden 15 geheilt entlassen, nur 3 Fälle waren trepanirt worden. Verf. legt also das Hauptgewicht darauf, dass wie bei allen Schusswunden jede secundäre Infection möglichst vermieden und ein aseptischer Verschluss der Wunde durch einen zweckmässigen Verband herbeigeführt werde. *Rochelt.*

761. ***Trepanation wegen subduralen Blutergusses mit späterem osteoplastischen Ersatz des Schädeldefectes nach König.*** *Von Dr. **Riegner**, Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 28.)*

Ein 7½jähriger Knabe erlitt durch einen Sturz aus dem Fenster des 1. Stockes seiner Wohnung eine starke Schädelverletzung. In der linken Schläfegegend eine Fissur im Schädel fühlbar. Clonische Zuckungen im rechten Facialisgebiet und beiden rechtsseitigen Extremitäten, Stauungspupille, Sprechvermögen vollkommen erloschen. Diagnose auf Blutung aus der Art. meningea media. Trepanation. Zwischen Schädel und Dura fand sich kein Blut, nach Durchtrennung der Dura entleerte sich jedoch reichlich flüssiges und geronnenes Blut mit zertrümmerten Hirnmassen. Vollkommene Heilung. Später Schluss des Schädeldefectes nach *König*. *Rochelt.*

762. ***Modification der Schulze'schen Schwingungen.*** *Von Dr. **Anton Tinzl**, prakt. Arzt in Naturns. (Original-Mittheilung.)*

Zu den verschiedenen Belebungsversuchen scheintodter Kinder, als Anspritzen mit Wein und kaltem Wasser in der Herzgegend, (heisses, warmes) Bad, Klopfen auf die Nates, Reiben und rasches Streichen des Rückgrates, Lufteinblasen, Anwendung eines Trachealkatheters etc. werden neben sonstiger gewöhnlicher künstlicher Respiration auch die *Schulze*'schen Schwingungen gezählt. Bezüglich der *Schulze*'schen Schwingungen ist Schreiber Dieses der Ueberzeugung, dass durch dieselben keine Belebungen erzeugt werden und er theilt im Gegentheil die Ansicht, welche in der Med.-chir. Rundschau d. J., Heft 12, Nr. 495 gegen *Schulze* ausgesprochen worden, dass nämlich dadurch sogar Verletzungen innerer Organe hervorgerufen werden. Abgesehen von der schreckerregenden Art der Schwingungen für die Mutter und die Anwesenden und abgesehen vom schwindelerregenden Gefühle, dass das schlüpferige Kind, welches muthmasslich noch leben soll, auf den Boden oder irgend an eine Kante oder Ecke geschleudert wird, wird es leicht begreiflich, dass innere Rupturen dadurch hervorgerufen werden; denn der schlaffe kindliche Organismus vermag nicht die inneren Organe so stramm, wie nothwendig, sowie etwa von einem auf einem Reck sich schwingenden Turner, geschützt zusammenzuhalten und die schweren kindlichen Organe werden oder würden wie von einer Schleuder von ihrem Sitze losgerissen werden müssen. Die erwähnte Notiz in der Med.-chir. Rundschau und zwei darauf



unmittelbar aufeinanderfolgende Scheintodtgeburten brachten mich auf eine andere Fährte. Der erste Fall betraf eine Mehrgebärende mit rechtzeitiger Geburt, welche aber mit einer enormen Hämatocele — nicht retrouterina, sondern — abdominis maxima complicirt war. Der Unterleib war wie bei dem grösstmöglichsten Hydrops ascites auf's Extremste ausgedehnt und die Dyspnoe oder die Insufficienz der Athmung war auf das Gefährlichste gestiegen. Wie es nur zu häufig geschieht, waren Armuth, Sparsamkeit und Indolenz daran Schuld, dass die Hilfe rechtzeitig nicht gesucht wurde, vermöge dessen Bereitschaft und Encheiresis ein paar Stunden, ja naturgemäss einen halben Tag früher hätten stattfinden können. Da Wehen vorhanden waren und der Muttermund wenig erweitert war, wurde noch eine Weile zugesehen. Als jedoch der Eindruck ein beängstigender war und es zur Kohlensäurevergiftung der Mutter und des Kindes kommen musste, die Kindesbewegungen und Herztöne desselben nicht mehr wahrzunehmen waren und da desinficirte, von *Hermann Jungbluth* bei Plac. praevia empfohlene Pressschwämme zu langsam zum Ziele führten, so wurde die Blase eröffnet, in der Voraussicht, dass dadurch wenigstens der Mutter etwas leichter werden wird. Dieser Eingriff, sowie heisse Umschläge auf den Unterleib beschleunigten die Wehen, so dass ohne Forceps, da der Kopf vorlag, ohne Wendung, die nunmehr sichtlich regelrechte Geburt abgewartet werden konnte, und mit der Zange kaum viel früher zu Ende geführt worden wäre. Allein für das Kind war es schon zu spät, wohl waren Pulsschläge noch vorhanden, aber die Wiederbelebungsversuche und selbst die *Schulze*'schen Schwingungen, die nach ein paar Schwingungen aufgegeben wurden, führten zu keinem Resultat. Da nun nach diesen das Kind, wie gewöhnlich, in's warme Bad gebracht wurde, drängte sich dem Schreiber Dieses folgende Modification für die *Schulze*'schen Schwingungen auf, welche jedoch in diesem Falle ebenfalls keinen Erfolg hatte.

Das Kind wurde in's warme Bad gebracht, wieder bespritzt und es wurden die *Schulze*'schen Schwingungen in einer im Bade, in einer grossen Schüssel, möglichen Art und Weise wiederholt. Das Kind wurde mit der rechten Hand an Kopf und Hals und theilweise auch an der Schulter gehalten und mit der linken Hand der Körper an den Füssen gestreckt und erhoben und hierauf in den Knien und Hüften gebeugt und dieselben rhythmisch auf den Bauch und gegen die Brust gedrückt, und diese Uebung, ohne hierbei viel zu ermüden und zu riskiren, eine gute halbe Stunde fortgesetzt; jedoch, wie gesagt, diesmal ohne Erfolg. — Wäre die Blase um ein paar Stunden früher gesprengt worden, so hätte das Kind wohl am Leben bleiben können. Der Bauch der Mutter blieb nach der Geburt fast so gross wie früher und durch die Punction wurden ungefähr 10 Liter einer staubig trübröthlichen fadenziehenden Flüssigkeit entleert. — Der zweite Fall betraf eine 9monatliche Frühgeburt bei einer Mehrgebärenden mit Placenta praevia lateral. sin., in Kopflage mit Nebenvorlagerung eines Fusses und querverlaufender Nabelschnur. Wegen wiederholter und nicht zu stillender Blutung wurde zuerst ein Fuss herabgeholt und angebunden und bald hernach der zweite herabgezogen und das Kind



bei sehr schwer sich erweiterndem inneren Muttermunde extrahirt. Das Kind lebte noch, athmete aber anfänglich selten, war schlaff und erholte sich erst nach Durchführung der modificirten *Schulze*'schen Schwingungen in dem beschränkten Badegefässe. Das Kind, Mädchen, hatte wohl schon ziemlich Flüssigkeit eingeathmet; die Leber stand tief, die Hypochondrien in der Intraclaviculargegend zogen sich ein und der Thorax wölbte sich gewaltig. Unterstützt durch die künstliche Respiration, wehrte sich das Kind ganz energisch um das Dasein und hustete, bis die Flüssigkeit völlig ausgepresst war und die Athmung sufficienter und freier wurde. Durch das Strecken des Körpers und durch das Hoch-, ja völlig manchmal Verticalhalten der Füsse folgte die Flüssigkeit fast ihrer Schwere und durch das Beugen und Vornüberneigen der Knie, der Hüfte und des Steisses wurde die Flüssigkeit durch gefahrloses sanftes Hineinpressen der Baucheingeweide in den Brustkorb gleichsam hinausgepresst und die In- und Exspiration ergiebig befördert. Diese Schwingungsart. die denselben Zweck wie die *Schulze*'schen Schwingungen beabsichtigen, können, ohne das Kind zu verkühlen, ohne einen erschreckenden Eindruck zu machen und ohne einen anderen Belebungsversuch unmöglich zu machen, im kleinsten Orte ausgeführt werden. Merkwürdigerweise tauchen die *Schulze*'schen Schwingungen trotz ihrer Gefährlichkeit und Erfolglosigkeit immer wieder in den Handbüchern etc. auf. Ob direct durch dieselben ein Kind je gerettet wurde, halte ich für fraglich. Ich habe mir vorgenommen, nie mehr die *Schulze*'schen Schwingungen zu machen, und bleibe bei der von mir geschilderten Modification.

763. ***Zur Aetiologie des Pes calcaneus.*** *Von Prof. **C. Bayer**, Prag. (Prager med. Wochenschr. 1893. 16. — Schmidt's Jahrb. 1893. 8.)*

Man unterscheidet: 1. Einen Pes calcaneus sursum flexus; dieser ist angeboren oder erworben, und zwar entweder durch Paralyse oder durch pathologische Processe im Bereiche des Sprunggelenkes. 2. Einen Pes calcaneus, der sich durch reinen Tiefstand der Ferse auszeichnet: Pes calcaneus im strengeren Sinne *(Nicoladoni)*. Dieser ist stets erworben und entsteht in Folge einer ganz genau bestimmten, durch die vorangegangene infantile Parese modificirten Muskelfunction, bei fortgesetzter Belastung von Seite des Körpers. Verf. hat im Verlaufe der letzten Jahre Gelegenheit gehabt, 2 Fälle von Pes calcaneus zu beobachten, die hinsichtlich der Aetiologie von dem aufgestellten Schema wesentlich abweichen. Er theilt diese beiden Beobachtungen ausführlich mit. Aus denselben geht hervor, dass es im Kindesalter noch eine weitere Gruppe von Pes calcaneus gibt, die dadurch charakterisirt ist, dass an einem bis dahin vollkommen gesunden, namentlich nicht gelähmten Fusse in Folge schmerzhafter Affectionen der Fersenplanta der Fuss durch längere Zeit in der für den Pes calcaneus eigenthümlichen Stellung activ erhalten und mit zum Gehen benutzt wird, wobei genau so, wie bei den paralytischen Formen, der Fuss mit einem Theile der Hacke aufgesetzt wird, der nicht zur Gehfläche gehört, sondern der etwas über derselben nach der Insertion der Achillessehne hinauf liegt. In dieser fehlerhaften Stellung fixirt sich der Fuss allmälig. Der Fuss ist zu-



nächst dorsalflectirt, nach und nach senkt sich die Fussspitze, wohl durch Wirkung der Plantarmuskeln. Der Fuss bleibt ferner im Wachsthum zurück, die einander genäherten Insertionen verkürzen sich bleibend, die gedehnten Wadenmuskeln atrophiren und selbst im Skelet, namentlich im Calcaneus, können dauernde Deformationen in Folge der fehlerhaften Belastung auftreten.

764. ***Zur Behandlung des Gesichtskrebses durch Elektrolyse.*** *Von **Inglis Parsons**, London. (Semaine méd. 1893. 44. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 63.)*

Verf. berichtet über 8 Fälle von Ulcus rodens, respective Gesichtskrebs, welche er durch Elektrolyse heilte. Er gibt dieser Methode vor der Excision den Vorzug, weil sich bei der letzteren Behandlungsmethode häufig reichliche Blutungen einstellen. Aber auch der Galvanokaustik ist die Methode insofern vorzuziehen, als ihre Wirkung sich vollkommen auf das Terrain, auf welches sie applicirt wird, beschränkt und nicht wie bei jenen, gesunde Stellen, welche kauterisirt werden sollen, in das Bereich der Aetzung zieht. Verf. bedient sich einer starken Batterie und Elektroden in Form von Nadeln, deren nicht isolirte Spitzen aus Platin gefertigt sind. Der Patient wird chloroformirt und nunmehr werden die Nadeln hintereinander an verschiedenen Punkten der Neubildung eingestochen und auf diese Weise successive die ganze Oberfläche der Neubildung zerstört. Man hört hiermit erst auf, wenn man die Neubildung vollkommen kauterisirt hat. Selbstverständlich hat man vor jedem Einstich die Stärke des Stromes zu reguliren und eventuell ganz allmälig zu verstärken. Die Stromstärke kann auf 300, ja auf 400 Milliampère gesteigert werden. Zweckmässig wird die Stromrichtung gewechselt. Die Dauer und Zahl der Sitzungen schwankt je nach der Ausdehnung des Uebels. Bei kleinen Geschwüren genügt oft eine einzige Sitzung von 15—30 Minuten Dauer. Handelt es sich um Neubildungen von grösserer Ausdehnung, so sind gewöhnlich 2—3 Sitzungen zu ihrer vollständigen Beseitigung nothwendig. Die unmittelbaren Erscheinungen nach der Operation sind sehr harmlos, weder Schmerzen, noch irgend welche Depressionszustände sind beobachtet worden. Die Nachbehandlung besteht in antiseptischen Waschungen der Wunde 2—3mal täglich, sowie in der Anlegung eines einfachen Schutzverbandes. Nach 8 Tagen bedeckt sich die Wunde mit gutartigen Granulationen und sofort tritt darauf Heilung ein. Letztere kann, wenn es sich um grössere Defecte der Haut handelt, durch transplantirte Hautstückchen beschleunigt werden. Bei einigen Patienten wurden Recidive nach 12—18 Monaten beobachtet, indessen verschwanden auch diese schnell und dauernd nach einer erneuten Anwendung der Methode.

765. ***Ueber die Behandlung des Leistenhodens mit einem Bruchbande.*** *Von Prof. Dr. **L. Heidenhain**. (Deutsche med. Wochenschr. 1892. — Memorabilien. 1893. August.)*

Die im Leistencanale in Folge mangelhaften Descensus liegenbleibenden Hoden geben Anlass zu mannigfachen Störungen: Atrophie des Hodens, Schmerzen beim Eintritt der Pubertät, Incarcerationserscheinungen, Entwicklung von malignen Neoplasmen etc. Es geben diese Störungen bei Erwachsenen nicht



selten die Indication zur Exstirpation der Leistenhoden. Viele dieser Leistenhoden sind im Kindesalter noch beweglich, lassen sich mit einiger Gewalt in das Scrotum hinabschieben. Verf. ist es gelungen, in 3 Fällen bei jugendlichen Individuen durch die Pelotte eines einfachen Leistenbruchbandes den Leistenhoden dauernd an den Eingang des Scrotums oder in das Scrotum selbst zu bringen. Bei einem 12 Jahre alten Knaben mit rechtsseitigem Leistenhoden gelang es nach circa 4 Monaten, den Hoden bis in den Grund des Scrotums zu bringen, und er blieb dauernd daselbst, nachdem das Bruchband weggelassen worden war. Bei einem 11 Jahre alten Knaben, bei dem beide Hoden im Leistencanale liegen, aber auch beide sich an das Scrotum hinabziehen lassen, konnte durch Anlegen eines doppelseitigen Bruchbandes vorerst die normale Lagerung der Hoden erzielt werden, das Bruchband aber war noch nicht weggelassen worden, weil die Beobachtungszeit noch zu kurz ist. Ein 7 Jahre alter Knabe, dessen beide Hoden im Leistencanale liegen, aber sich leicht in den Hodensack hinabziehen lassen, bekommt gleichfalls ein doppelseitiges Bruchband angelegt und schon nach einigen Stunden zeigten die Hoden keine Tendenz, ihren Platz im Scrotum zu verlassen. Der 2. und 3. Fall waren mit Leistenhernien complicirt. In einem 4. Falle bei einem 14 Jahre alten Knaben gelang bisher nur die Tieflagerung des rechtsseitigen Leistenhodens, aber die Hernie hinter dem Hoden tritt noch immer aus.

766. ***Laparotomie wegen puerperaler Peritonitis.*** *Von **R. B. Rhett**, Charleston. (Amer. Journ. of Obstetr. 1892. August-Heft, pag. 208.)*

Eine 26jährige Secundipara kam den 10. December 1891 mit einem reifen lebenden Kinde spontan nieder. Den 13. wurde die Frau von einem Schüttelfroste befallen und stieg die Temperatur auf 40·7. Gleichzeitig klagte sie über sehr heftige Schmerzen in der Gegend des linken Ovariums. Schon vor dieser Gravidität und und im Verlaufe derselben klagte die Frau über continuirliche Schmerzen in der linken Unterbauchgegend. Am 14. December setzte eine allgemeine Peritonitis ein. Da sich die Schüttelfröste wiederholten, die Temperatur constant hoch blieb und sich die Erkrankung trotz Uterusausspülungen, Chinin u. d. m. nicht besserte, beschloss Verf., da er in der Gegend der linken Tuba Fluctuation fühlte, die Laparotomie vorzunehmen, um den Eiterherd zu entfernen. Es fand sich eine allgemeine Peritonitis hohen Grades und gleichzeitig die linke Tuba in einen grossen Eitersack umgewandelt. Die Tuba war aber so necrotisch, dass sie bei dem Versuche, sie zu entfernen, einriss und sich Eiter in die Bauchhöhle ergoss. Schliesslich wurde sie doch mit ihrem Ovarium entfernt. Den 21. December, 24 Stunden nach der Operation, war die Kranke todt. Vorliegender Fall ist insoferne ein sehr lehrreicher, als er neuerdings für die Richtigkeit der bei uns jetzt herrschenden Ansicht spricht, dass die Laparotomie bei puerperaler Peritonitis keine günstigen Resultate ergibt, daher contraindicirt ist. Da unter solchen Verhältnissen eine Allgemeininfection vorliegt und Krankheitsnachschübe zu vermeiden nicht in unserer Hand liegt, so kann die Laparotomie keinesfalls anempfohlen werden. Der

Tod der Operirten wurde wahrscheinlich durch den Austritt des Tubainhaltes in die Bauchhöhle herbeigeführt, doch ist es fraglich, ob er nicht ohne Operation auch erfolgt wäre. Andererseits ist zu bedenken, dass die Kranke vielleicht ohne Operation genesen wäre.
*Kleinwächter.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

767. ***Die Therapie der Ozaena.*** *Von Dr. **Arthur Kuttner**, Berlin. (Therap. Monatsh. 1893. 3.)*

Alle Versuche, das Wesen der Ozaena zu ergründen, haben bis nun nicht befriedigt. Noch schlimmer, sind wir mit der Heilung der Krankheit daran, wenn wir unter derselben eine Restitutio ad integrum verstehen. Denn alle Autoren sind darüber einig, dass die Atrophie der Schleimhäute und der Knochentheile, wie wir sie bei einer ausgebildeten Ozaena finden, nicht mehr zurückzubringen zu dem früheren Bestand ist; doch ist das, was eine methodisch und gewissenhaft fortgesetzte Therapie zu erreichen vermag, glücklicherweise nicht ganz belanglos. Das Haupterforderniss bei allen derartigen therapeutischen Massnahmen ist und bleibt eine gewissenhafte, dauernde Reinhaltung des Naseninnern. Da die Reinigung der Nase in vielen Fällen mehrere Male des Tages vorgenommen werden muss, so ist das erste Erforderniss einer zweckentsprechenden Methode, dass man dieselbe dem Patienten selbst in die Hand geben kann. Zu diesem Behufe hat man fast durchgehends die Reinigung der Nase vermittelst eines warmen Wasserstrahles vorgenommen und man bedient sich zu diesem Zwecke des Irrigators oder der Spritze. Der Irrigator hat seinen Hauptnachtheil darin, dass der Druck des Wasserstrahles, den er liefert, nicht genügt, um einigermassen festsitzende Borken zu entfernen! Die Spritze hat aber auch so mancherlei Nachtheile, dass man ihre Benutzung nur als einen Nothbehelf betrachten kann. Einmal sind empfindliche Patienten nur schwer dazu zu bewegen, die Ansatzstücke gehörig in die Nase einzuführen. Blutung und Erosionen sind bei nicht ganz sorgsamer Handhabung des Apparates alltäglich. Befinden sich Borken am Nasendach, so dass der reinigende Strahl direct nach oben gerichtet werden muss, so sind Kopfschmerzen fast immer die unliebsamen Folgen des Ausspritzens. Aber das Ausspritzen kann auch geradezu gefährlich wirken, denn es kommt nicht selten vor, dass nach der Ausspülung Mittelohrentzündungen auftreten. So ist es recht bezeichnend, dass jedesmal, wenn die Sprache auf die Ozaena kommt, von allen Seiten die Ausspülungen verurtheilt werden, dass aber Jedermann, mag er nun wollen oder nicht, faute de mieux immer wieder auf dieselben zurückgreifen muss. Verf. gibt nun eine Methode bekannt, die eine Reinigung der Nase und des Rachens in der schonendsten Weise ermöglicht, und die dem Patienten mit unbedingter Sicherheit in die Hand gegeben werden kann. Sein Apparat (bei *Windler* in Berlin zu beziehen) besteht aus einem kugelförmigen Wasserkessel, der um seine Achse drehbar ist, damit die ihm entströmenden Wasserdämpfe sowohl in horizontaler wie in aufsteigender Richtung je nach Bedürfniss

zur Verwendung kommen können. In jeder beliebigen Stellung kann der Kessel durch das hinten angebrachte Kettchen fixirt werden. Vorn am Ende des Dampfrohres befindet sich ein Glascylinder, der über die Nase gestülpt wird, um dem entströmenden Dampf die gewünschte Richtung zu geben und die Nase in bestimmter Stellung zu fixiren. Dieser Glascylinder kann der Ausflussöffnung des Dampfrohres je nach Belieben genähert oder von ihr entfernt werden, so dass der Patient den Dampf ganz nach Wunsch wärmer oder kälter in die Nase aufnimmt. Anstatt diese einfachen Wasserdämpfe zu benutzen empfiehlt es sich aber nach des Verf.'s bisherigen Versuchen, den Apparat als Zerstäuber zu verwerthen. In einen solchen verwandelt man den Verdampfungsapparat einfach dadurch, dass man am Ende des Dampfrohres ein Gläschen anbringt, dessen Inhalt durch ein zum Dampfrohr senkrecht angefügtes Canälchen in die Höhe gehoben und zerstäubt wird. Um nun einen möglichst freien Eintritt in die Nase zu ermöglichen, hat Verf. durch einen bügelförmig gewundenen Draht, ähnlich dem Erweiterer von *M. Schmidt*, die Nasenöffnung in die Längs- und Querrichtung erweitert; die Nasenspitze selbst wird, da der Drahtbügel an einem Stirnbande befestigt ist, leicht nach oben gezogen, und es kann jetzt durch die ad maximum geweiteten, nach vorn schauenden Nasenöffnungen der Zerstäubungsstrahl leicht und bequem passiren. Geschickte Patienten haben nach einer Inhalationszeit von 5 bis 7 Minuten Nase und Rachen vollkommen gesäubert. Eine Heilung hat Verf. auf diese Weise bis jetzt nicht erzielt, wohl aber sind die Patienten im Stande, wenn sie zwei- oder dreimal täglich inhaliren, ihre Nase und ihren Rachen vollkommen sauber zu halten, ihr Leiden zu maskiren.

—r.

768. ***Bemerkungen über Ohrenentzündungen bei einigen Infectionskrankheiten für den praktischen Arzt.*** *Von Privatdocent Dr. L. Katz, Berlin. (Therap. Monatsh. 1893. 1.)*

Vor Allem sind es die acuten Exantheme, sodann die Diphtherie, Influenza, Tuberculose und Cerebrospinalmeningitis, welche das Gehörorgan relativ oft in Mitleidenschaft ziehen. Bei Masern und Scharlach ist nach Verf.'s Erfahrung die Betheiligung des Ohres in mindestens 20—30% aller Fälle anzunehmen. Wie bei fast allen acuten (exanthematischen) Infectionskrankheiten tritt auch bei den Masern die Betheiligung des Ohres meist erst im Desquamationsstadium auf, also in der fieberfreien Zeit zwischen dem 8. und 14. Tage. In der Regel steigt bei dem Einsetzen der Otitis die Temperatur auf 39—40° und nicht selten wird, besonders bei jüngeren Kindern, die Ursache nicht gleich erkannt und auf eine Pneumonie oder Meningitis gefahndet. Keine Otitis bei Masern soll sich selbst überlassen bleiben, sondern von Anfang an muss unter Umständen durch die Paracentese des Trommelfells und die Luftdouche für möglichst frühzeitige Entfernung des Exsudats, sowie durch lauwarme Injectionen und Instillation antiseptischer Flüssigkeiten für Restitution der erkrankten Mittelohrschleimhaut gesorgt werden. Die Paracentese des Trommelfells macht Verf. erst dann, wenn nach dreimal 24 Stunden von Anfang der Entzündung an kein spontaner Durchbruch stattfindet, und



zwar deshalb nicht früher, weil in Folge der frischen Entzündung die in die verdickte Membran gemachte Wunde nicht genügend klafft. In den ersten Tagen der Ohrenentzündung beschränkt man sich am besten auf Einträufelung von Salicylöl (1 : 50), 3stündlich 10 Tropfen, oder bei grossen Schmerzen auf Blutegel, 3 bis 5 Stück an den Tragus oder Proc. mast. Daneben gebe man kleine Dosen *Dower*'schen Pulvers. Ist die Eröffnung des Trommelfells spontan oder künstlich erfolgt, so lässt Verf. das Ohr zweistündlich mit lauwarmem Salzwasser (1 Messerspitze Salz auf 1 Tasse abgekochten Wassers) gründlich reinigen. Zeigt sich Periostitis des Warzenfortsatzes, dann ist in der Narcose möglichst rasch der *Wilde*'sche Schnitt auszuführen. Viel ernster liegt die Sache beim Scharlach. Das Fieber erhebt sich dabei wieder auf 39° und darüber und relativ rasch ist es zu einer grossen Perforation des Trommelfells gekommen. In nicht seltenen Fällen aber ist der necrotisirende Process vom Rachen direct auf die Paukenhöhle übergegangen und zerstört die mucösperiostale Auskleidung derselben vollständig und man hat es dann mit langwierigen und gefährlichen Knocheneiterungsprocessen zu thun, die zumeist chirurgische Eingriffe erfordern. Jeder Arzt muss diesen Otitiden von Anfang an entgegentreten und prophylactisch vorgehen. Zunächst ist der Nasenrachenraum möglichst zu reinigen und zu desinficiren, und zwar mit dem Spray (Borsäure 3% oder Kochsalz 1%), sodann muss jeder Stagnation oder Retention des Eiters innerhalb der Paukenhöhle vorgebeugt werden. Nicht so oft und für gewöhnlich in nicht so gefahrvoller Weise erkrankt das Ohr bei der Influenza. Auch bei genuiner Diphtherie, Tuberculose und Typhus sind Otitiden theils schleimiger, meist aber eiteriger Natur nicht seltene Erscheinungen, welche unter allen Umständen sorgfältige Behandlung erfordern. Auch bei der genuinen Rachendiphtherie handelt es sich zumeist nur um eiterige Mittelohrcatarrhe, die bei rationeller Behandlung ausheilen können. Bei Tuberculose ist die Eiterung der Ohren stets eine ernste Complication, da meist eine Einschmelzung der Gewebe der Paukenhöhle eintritt. Bei der Cerebrospinalmeningitis handelt es sich meist um eine Neuritis des Nervus acusticus, indem die Entzündung von den Meningen zunächst auf das Perineurium fortschreitet, dann den Nervus selbst ergreift und dann bis zum *Corti*'schen Organ gelangt. Dass man allen entzündlichen Zerstörungen des Nervenendapparates im Ohre machtlos gegenübersteht, ist bekannt.

769. ***Ueber die Anwendung einer 3%igen Chromsäurelösung gegen chronische Mittelohreiterung.*** *Von Privatdocent Dr.* ***Katz****, Berlin. Vorläufige Mittheilung. (Therap. Monatsh. 1893. Juli. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 63.)*

In der Poliklinik des Verf. sind seit ³/₄ Jahren Versuche mit der obigen Lösung angestellt worden, die in vielen Fällen überraschend günstige Resultate lieferten. Am besten eignen sich für die 3%ige Chromsäure diejenigen Fälle, wo die Perforation ziemlich gross, die freiliegende Mittelohrschleimhaut stark geschwollen oder gewulstet erscheint, respective Neigung zur Granulationsbildung zeigt. Die Anwendung ist folgende: Das Ohr wird zunächst gründlich von jedem Exsudat durch lauwarme Injectionen,





*Politzer*'sches Verfahren etc. befreit und nachher sorgfältig ausgetrocknet. Hierauf werden circa 6—8 Tropfen mit einer Pincette in's Ohr geträufelt, durch Druck auf den Tragus in die Mittelohrräume gepresst und circa 2 Minuten darin gelassen, worauf wieder eine lauwarme Wasserinjection (bei Vermeidung von Wäscheflecken) stattfinden muss. Das Ohr wird jetzt mit einem genügend langen Wattetampon verschlossen. Der Patient zeigt sich so nach 24, eventuell 48 Stunden wieder dem Arzt. Die Chromsäure wird je nach ihrer Wirkung 3—4mal wöchentlich angewendet, und es zeigt sich in der Regel bereits nach der dritten Instillation eine auffallende Abnahme, in vielen Fällen ein vollständiges Versiegen der Eiterung bei erheblicher Abschwellung der Schleimhaut.

770. ***Ueber den Einfluss der Suspension auf die Sehstörung bei Affectionen des Rückenmarks.*** *Von Prof.* ***W. v. Bechterew.*** *Nach den Untersuchungen von Dr. B. Worotynski. (Neurol. Centralbl. 1893. 7. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. August.)*

Zur Suspension wurde ein von Dr. *Sprimon* angegebener (im Original genau beschriebener) Apparat benutzt, welcher einmal die Dehnung der Wirbelsäule auch in sitzender Stellung ermöglicht, dann aber besonders den Vorzug vor anderen Apparaten besitzt, dass das dehnende Gewicht beliebig abgeändert und somit auch allmälig vergrössert werden kann. Die Dauer jeder Suspension konnte bei verhältnissmässig geringen Gewichten länger als gewöhnlich ausgedehnt werden und betrug je nach der Widerstandsfähigkeit des Kranken 5—15 Minuten. Verf. führt nun 3 Fälle von Sehstörungen an (2 Fälle von Tabes, 1 Fall von Tuberculose der Wirbelsäule), wo bereits nach einigen Sitzungen wesentliche Besserung des Sehvermögens auftrat, die mehr oder weniger lang anhielt. In einem Falle brachte nach Verschlechterung des Sehvermögens die Wiederaufnahme der Suspensionen (3 Sitzungen) das Sehvermögen auf den Status quo ante. Wenn auch Verf. betont, dass nicht alle Fälle sich unter der Suspensionsbehandlung verbessern, hält er doch in Anbetracht der Erfolglosigkeit medicamentöser Mittel diese Behandlung der durch Affection des Rückenmarks bedingten Sehstörungen für beachtenswerth.

---

## Dermatologie und Syphilis.

771. ***Zur Kenntniss der Nervenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis.*** *Von* ***Sänger.*** *(Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten. II. Jahrg.)*

Verf. theilt 6 Krankengeschichten mit, welche syphilitische Individuen aus der Frühperiode zum Gegenstand haben und sich eingehend mit den ophthalmoskopischen Befunden und Gesichtsfelduntersuchungen beschäftigen. Fall I bot das Bild einer retrobulbären Neuritis, ein Jahr post infectionem, dar. Erst die Aufnahme des Farbengesichtsfeldes führte zur vollen Feststellung der Störung. Eine Inunctionscur mit grossen Dosen Hg brachte Heilung. Bei Fall II begannen die nervösen Symptome (gesteigerte Sehnenreflexe, Sehstörungen) schon sechs Monate nach der Infection. Die ophthal-



moskopische Untersuchung liess doppelseitige Sehnervenatrophie erkennen. Letztere besserte sich ungemein durch die Schmiercur. Der constante Strom brachte nicht die geringste Besserung, ebensowenig Argent. nitric. innerlich, während Strychnininjectionen vorübergehend günstig wirkten. Bei Fall III, IV und VI bestand neben peripherer Augenmuskellähmung auf syphilitischer Basis noch eine concentrische Gesichtsfeldeinschränkung, auf die Verf. die Aufmerksamkeit richtete, da von diesem Zusammentreffen in der ihm zugänglichen Literatur keine Notiz zu finden sei. Bei Fall III wurde circa fünf Monate nach der Ansteckung linksseitig Ptosis und Lähmung der Recti intern., inf. und sup. constatirt, während auf der Haut ein Recidiv (Knotensyphilid) aufgetreten war. Auch vorübergehende Herabsetzung der Sehschärfe und Einengung des Gesichtsfeldes. Nach zweimonatlicher gründlicher Cur lieferte die Untersuchung der Augen nach jeder Richtung hin normale Verhältnisse. Die Fälle IV und VI sind dem eben skizzirten Fall ähnlich. Fall V passt nicht in das vorgesetzte Thema „Frühperiode“ (Ref.), da die Augen- und Nervenerscheinungen 14—15 Jahre nach dem Initialaffect auftraten. Die Augenstörungen bestanden in doppelseitigem Befallensein gleichartiger Muskeln unter gleichzeitigem Freisein einiger vom Oculomotorius versorgten Muskeln, weswegen Verf. hier Kernerkrankung annimmt. Die Nervenaffection wurde auf Erkrankung der Hinterstränge bezogen. Ausserdem bildeten sich Hallucinationen und Verfolgungsideen aus. Bemerkenswerth ist auch in diesem Falle die Besserung der Augenstörung, die nach einer Inunctionscur eintrat. *A. Philippson.*

772. ***Lymphbahnen und Lymphcirculation der Haut.*** *Von **Kromayer**. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, Nr. 9, pag. 359.)*

Verf. hat durch Injection von Berlinerblau und einer dünnflüssigeren Asphaltbenzollösung innerhalb der Haut oberhalb der Pars papillaris derselben ein oberflächliches Netz von Lymphcapillaren nachgewiesen, das nach unten wie noch weiter aufwärts mit feinsten Lymphspalten in Verbindung steht. Der zweite cutane Hauptbezirk der Lymphcirculation liegt im Papillarkörper der Haut, wo aus den Blutgefässcapillaren der Papillen die Lymphe sich durch Vermittlung der perivasculären Lymphräume in die Lymphspalten des Papillarkörpers und der Oberhaut ergiesst, um sich im zuerst erwähnten Netzwerk zu verbreiten. Eine Capillarisirung der Lymphbahnen innerhalb der eigentlichen Cutis findet hingegen nicht statt, indem die Lymphe vom Papillarkörper aus in directen Bahnen centralwärts geleitet wird. Lymphspalten und Lymphcapillaren normaler Haut sind nahezu leer, während im Anschluss an eine durch entzündliche Vorgänge vermehrte Transsudation aus den Blutcapillaren eine so rasche Ueberfüllung der überaus feinen Lymphspalten eintritt, dass eine ableitende Ueberführung ihres Inhalts in die beträchtlich weiteren Lymphcapillaren nicht schnell genug stattfinden kann, um eine Stase der Lymphcirculationen zu verhüten. So wie sich diese Erscheinung durch Injectionen hervorrufen lässt, so geschieht dies nach Verf. spontan und pathologisch unter dem Bilde von Urticariaquaddeln, von gewissen Oedemen der Haut. Innerhalb der Wandung der Lymphcapillaren fand Verf. häufig elastische Fasern eingelagert, die er



mit der glatten Hautmusculatur in Zusammenhang gebracht wissen will. Verf. betont, dass das Lymphgefässnetz der kindlichen Haut sich weitaus leichter darstellen lässt; er hält es für sehr wahrscheinlich, dass aus diesem Grunde entzündliche Processe der Haut rascher bei Kindern sich ausbreiten und schneller zu Affectionen der Lymphdrüsen führen.

773. ***Ueber einen papulösen, acneförmigen Ausschlag mit colloiden Massen wie diejenigen bei Molluscum contagiosum.*** *Von* ***Frank Payne.*** *(Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, Nr. 10, pag. 417.)*

Verf. hat an einer 29jährigen Dame einen warzenähnlichen Ausschlag gesehen und beschrieben, dessen Eigenthümlichkeiten er durch mikroskopische Bilder zu erläutern sucht. Innerhalb eines Zeitraumes von $1^1/_2$ Jahren hatten sich schrotkorngrosse, harte und an ihrer Oberfläche glatte Gebilde an den Armen und Händen der Patientin entwickelt, welche ganz das Aussehen von Warzen hatten, aus einer feinsten centralen Oeffnung jedoch die denkbar geringste Spur einer Flüssigkeit auf Druck hervortreten liessen. Die Gebilde bestanden vorwiegend aus hypertrophischer Epidermis; die centrale Oeffnung hält Verf. für den Ausführungsgang einer Talgdrüse. In den tieferen Schichten der Epidermis lagen zwischen den Epidermiszellen ziemlich reichlich feinste Körnchen eingestreut, welche theils rundlich, theils oval, bald hell, bald colloid, durch starkes Brechungsvermögen gegenüber den Lichtstrahlen sich auszeichneten und entschieden an die Molluscumkörper erinnerten. Die Epidermiszellen waren stark gekörnt; während diese Körner auf Färbungen eine bestimmte Reaction nicht abgaben, wies an obigen Gebilden Methylenblau zuweilen ein Doppelcontour nach. Ueber die Bedeutung indess erwähnter Gebilde ist es dem Autor unmöglich Aufschluss zu geben: ihre Bewegungslosigkeit, die Abwesenheit jeglicher Structurdifferenz, von Spaltungsvorgängen oder von Sporenentwicklung macht die Annahme, dass es sich um parasitäre Organismen handle, wenig wahrscheinlich, eher ist Verf. geneigt, einen degenerativen Process in gewissen Zellformen zur Erklärung heranzuziehen, obwohl er nicht verschweigt, dass es eine nothwendige Aufgabe ist, die Ursache dieser Degeneration, welche gewiss in einem local wirkenden infectiösen Agens liegt, näher zu ergründen. Die Differenz der mikroskopischen Befunde spricht trotz Aehnlichkeit des klinischen Bildes gegen Mollusca contagiosa der Haut; eine weit grössere Uebereinstimmung besteht mit denjenigen Fällen, welche *Darier* als Psorospermose folliculaire végétante beschrieben hat.

774. ***Zur Behandlung der Gonorrhoe.*** *Therapeutische Mittheilungen von Dr.* ***Ernst Gebert.*** *(Therap. Monatsh. 1893. 4.)*

Verf. schildert die in der Poliklinik für Hautkrankheiten des Dr. *A. Blaschko* in Berlin übliche Behandlungsweise. Bei ganz frischer uncomplicirter Gonorrhoe wird die Secretion nicht durch Injectionen bekämpft, weil solche erfahrungsgemäss alsdann nichts nützen. Nur bei sehr profuser Eiterung und Schmerzhaftigkeit wird als Injectionsflüssigkeit Aq. plumbi, Zinc. sulfur. 0·5 (100·0) oder Kal. permang. 0·05 (100·0) angewärmt mittelst Glasspritze mit conischem Hartgummiansatz eingespritzt. Im Allgemeinen

beginnt die Behandlung mit Ol. Santali, dreimal täglich 2 Kapseln à 0·5 oder Ol. menth. pip. gtt. X, Ol. santal. ad 15·0, dreimal täglich 15 Tropfen. Macht dies Beschwerden, Exantheme, wird Balsam. copaiv. in Kapseln à 0·6, dreimal täglich 2 Stück, gereicht. Werden Balsamica überhaupt nicht vertragen, wird gleich von den oben erwähnten Injectionen, dreimal täglich lauwarm, 1—2 Minuten durch Zudrücken des Orificium urethrae zurückgehalten, Gebrauch gemacht. Suspensorium erhalten nur sehr schwer Arbeitende und Patienten mit Varicocele oder bereits früher überstandener Epididymitis. Alle Kranken erhalten gedruckte Vorschriften und Verhaltungsmassregeln. Ein kleiner Theil der acuten Gonorrhoen heilt unter Gebrauch von Ol. Santali allein in 1½—3 Wochen, nur soll das Mittel nicht plötzlich ausgesetzt, sondern noch circa 14 Tage nach Schwinden aller Erscheinungen in kleinen Dosen zu 0·5 bis 1·0 pro die weiter gebraucht und Excesse in venere et baccho noch längere Zeit vermieden werden. In den anderen Fällen werden unter gleichzeitiger Herabsetzung der Dosis des Ol. Santali Injectionen angewendet. Hat sich nach einiger Zeit die Schleimhaut an die genannten Lösungen gewöhnt, so geht man zu den eigentlichen Adstringentien über (Sol. Zinc. sulf. 0·75—1·0 : 100·0, Sol. Acid. tannic. 1·0—2·0 : 200·0 und Sol. Argent. nitr. 0·03 : 100·0). Tritt eine Complication auf, dann wird die Injection ausgesetzt und nur die Complication behandelt. Epididymitis wird mit Bettruhe, Hochlagerung, Kälte etc. bekämpf; sobald der Tumor weich und weniger schmerzhaft wird, tritt Compression durch möglichst dünne, 4 Cm. breite und 2 Cm. lange Gummibinde in ihr Recht. In mehr chronisch verlaufenden Fällen empfiehlt sich Jodi puri 0·5, Ung. Kal. jodati 20·0 als Salbe, auch ein stark gepolstertes, das *Casper*'sche oder *Langlebert*'sche Suspensorium. Tritt Urethritis posterior und Cystitis hinzu, so genügt mitunter das Aussetzen der Injectionen zur Heilung, sonst ist Bettruhe, Diät, salinische Abführmittel, hydropathische Umschläge, Milchdiät anzurathen. Harndrang wird oft erfolgreich bekämpft durch Sol. Natr. Salicyl. 10·0 (195·0), Extr. Belladonn. 0·3, Tinct. Aur. Cort. ad 200·0 zwei- bis dreistündlich 1 Esslöffel, oder mit Salol 2—3stündlich 1·0. Sehr wirksam ist ferner ein Thee aus Semen lini und Fol uvae ursi aa, 4—5 Tassen täglich, eventuell mit Milch vermischt. auch einige Kapseln Ol. Santali pflegen schmerzhaften Urindrang zu beseitigen. Wenn hiernach die ersten Erscheinungen geschwunden sind, sind Wildunger und Salvatorquelle, ebenso bei Freisein der Blase Berieselungen des hinteren Harnröhrenabschnittes mit schwachen Argentumlösungen (1·0 : 2000·0—3000·0) mittelst eines dünnen elastischen Katheters anzuwenden. Abscedirung des periurethralen Gewebes war selten, wurde antiphlogistisch unter Aussetzung der Injectionen behandelt, bei Fluctuation indicirt. Schwellen der Inguinaldrüsen führte nie zur Eiterung, sondern ging nach Application eines grauen Quecksilberpflasters zurück; acute Prostatitis trat selten und dann leicht auf, Vereiterungen kamen nicht vor. Bei chronischer Gonorrhoe ist vor Allem eine genaue Diagnose des Sitzes nöthig, welche durch Untersuchung des Anfangs- und Endurins ermöglicht wurde, besonders auch durch die Sonde exploratrice nach *Guyon*. Wenn zwei- bis drei-



malige Injectionen der erwähnten Adstringentien nichts ausrichten, ist eine stärkere Lösung (Sol. Argent. nitr. 1·0 : 750·0—500·0) oft von Erfolg. War die Urethra posterior allein oder gleichzeitig mit der anterior ergriffen, wurden die Salbensonde oder tiefe Injectionen mittelst des *Guyon*'schen Katheters und angesetzter *Pravaz*'scher Spritze angewendet. Als Salbensonde benutzte Verf. ein gewöhnliches sogenanntes „blondes" Bougie mit olivenförmiger Spitze, das erst in die Salbe und dann noch in Paraffinum liquidum getaucht wird, welches das leichte Abstreifen der Salbe verhindert. Wöchentliche zweimalige Einführung genügt. Stricturen werden mit passenden Bougies erweitert.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

775. ***Ueber Urobilin im Harne.*** *Von **F. Grimm.** (Virchow's Arch. Bd. CXXXII, Heft 2.)*

Das Urobilin steht jedenfalls in nahen Beziehungen zu dem Gallenfarbstoff, indessen ist über die Bedingungen, unter welchen es entsteht, über Form und Quantität seiner Ausscheidung im Urin und über den Ort, an welchem es im Körper gebildet wird, noch keine Uebereinstimmung erzielt worden. Als feststehend über das Urobilin im Harne darf gelten: 1. Sein häufiges Vorkommen im normalen Harne in wechselnden Mengen. 2. Seine Vermehrung in vielen fieberhaften und einigen fieberfreien Krankheiten und 3. seine Vermehrung bei Resorption von Blutergüssen oder bei aussergewöhnlichem Zerfall rother Blutzellen im Körper. Die mehrjährigen Untersuchungen des Verf. verfolgten die Absicht, theils diagnostischen Zwecken zu dienen, theils scheinbare Unregelmässigkeiten in der Urobilinausscheidung aufzuklären. Zur quantitativen Bestimmung bediente sich der Verf. eines colorimetrischen Verfahrens. 10 Ccm. angesäuerter Harn wurden mit Aether oder Chloroform extrahirt, der Rückstand in Ammoniak aufgenommen und mit Chlorzinklösung versetzt. (Zur Extraction bediene man sich immer der gleichen Menge des Extractionsmittels.) Mit einigen Tropfen einer 1%igen Zinkchloridlösung entsteht eine grasgrüne Fluorescenz, welche beispielsweise noch bis zu einer Verdünnung durch Wasser auf 84 Ccm. deutlich erkennbar sei, dann ergibt sich als Vergleichswerth für den Urobilingehalt des betreffenden Urins $^{80}/_{10} = 8$, d. h. der Gehalt war so stark, dass die Fluorescenz seiner ammoniakalischen Zinkverbindung, nach Beseitigung der störenden Momente, in achtfacher Verdünnung noch sichtbar war. Die pathologischen Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf Hämatome, Osteomyelitis, Erysipel, Pyämie, Perityphlitis, Malaria, Influenza, Phthisis, Typhus abdominalis, Leberkrankheiten (bei welchen oft hochgradige, oft gar keine Urobilinurie zu finden ist), Nephritis, Intoxicationen u. A. Gegenüber der Annahme, dass die Niere des Nephritikers nicht befähigt sei, Urobilin auszuscheiden, fand Verf., dass ein lange beobachteter Nephritiker bei der Ab-



fieberung nach einer Influenzapneumonie einen Harn mit einem Urobilinwerthe von 4 ausschied. Von wesentlicher Bedeutung sind die Resultate des Verf. aus den Versuchen über den Zusammenhang zwischen Urobilinurie und den Vorgängen der Verdauung. Es ergab sich, dass die Urobilinmenge des Harns im Hungerzustande sehr gering oder gleich Null ist; dasselbe Verhalten zeigte der Harn im nüchternen Zustande, etwa morgens um 8 Uhr, wenn am vorhergehenden Abend um 10 Uhr kräftig soupirt wurde; endlich ist der Urobilingehalt des Harns ebenfalls sehr gering oder gleich Null während der Periode der Magenverdauung. Gegen das Ende dieser Periode oder direct nach ihrer Vollendung kann aber eine erhebliche Vermehrung der Urobilinausscheidung im Harn stattfinden, welche bis in die zweite Stunde hinein oder noch länger anhalten und bedeutende Grade annehmen kann. Nach reichlicher Kost und dem Genusse schwer verdaulicher Nahrungsmittel war diese Vermehrung gering oder nicht vorhanden. Als Ursache der Urobilinurie nimmt Verf. Gallenstauung an und verlegt die Bildungsstätte des Urobilins in die Leber. Verf.'s Untersuchungen sprechen gegen die Existenz des Urobilinicterus *(Gerhardt)*; bei allen Fällen von Icterus, welche sich an Urobilinurie anschlossen, konnte auch Gallenfarbstoff im Urin nachgewiesen werden. *Bergmann* hat 1881 darauf hingewiesen, dass grössere Mengen von Urobilin im Harn unter Umständen auf Blutergüsse einen Rückschluss machen lassen. Diesbezüglich beobachtete Verf., dass bei sonst gesundem Körper nach Blutergüssen mässiger Grösse die Urobilinausscheidung während der Magenverdauung aufhört, im Hunger aber nur im nüchternen Zustande wiederkehrt.

776. ***Zur Illustration der Kinästhesie.*** *Von **William B. Ransom** (Brain. Autumn-Winter 1892, pag. 437. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. August.)*

Verf. hatte Gelegenheit, an einem wegen epileptischer Krämpfe zweimal Trepanirten, bei dem der Knochen entfernt war, mit dem elektrischen Strom Reizversuche gewisser Hirnrindencentren anzustellen und da hierbei das Bewusstsein des Trepanirten nicht ausgeschaltet war, die subjectiven Empfindungen des Mannes zu studiren. Die Versuche wurden in der Weise angestellt, dass unter antiseptischen Cautelen zwei lange Nadeln als Elektroden durch die cocainisirte Haut über der Trepanationsöffnung in die Hirnrinde eingestochen wurden, wozu der blinde Patient seine Einwilligung gegeben hatte. Verf. erzielte folgende Ergebnisse: 1. Es gelang, verschiedene Gruppen von Muskeln des Armes und der Hand zur Contraction zu bringen. 2. Ein mässig starker Strom verursacht zuerst ein kriebelndes Gefühl in jenem Theile, welcher sich bei stärkeren Strömen contrahirte. Nach wiederholten Reizungen mit bestimmter Stromstärke erfolgte keine Contraction mehr, sondern nur noch die Empfindung. Diese überdauerte die Reizung. 3. Nach einer kräftig erzielten Contraction war die willkürliche motorische Kraft herabgesetzt. 4. Während sich unter dem Einflusse des Stromes Muskel contrahirten, war ihr Muskelsinn gesteigert, welche Steigerung noch einige Minuten über die Application des Stromes hinaus anhielt. 5. Eine Einwirkung auf die Berührungsempfindung wurde nicht wahrgenommen. Aus diesen



Beobachtungen glaubt Verf. folgende Schlüsse ziehen zu dürfen: Herabsetzung der Thätigkeit der sogenannten motorischen Rindencentren geht einher mit folgenden Veränderungen in dem zugehörigen Gliede, respective Körpertheile: Herabsetzung der motorischen Kraft des Muskelsinnes und bis zum geringen Grade der allgemeinen Empfindung; Steigerung dagegen geht einher mit einer unbestimmten Empfindung, einer Zunahme des Muskelsinns, Muskelcontraction. Verf. glaubt, dass seine Versuche die Ansicht *Bastian's*, welcher die motorischen Rindencentren als kinästhetische auffasst, unterstützen.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

777. ***Phosphornecrose in Zündholzfabriken.*** *Bericht der k. k. Gewerbe-Inspectoren. Wien 1893.*

Von einem Fabriksarzte wurde ein Fall von Phosphornecrose zur Anzeige gebracht, welcher aber nicht einen in der Fabrik mit der Erzeugung der Zündwaaren beschäftigten Arbeiter, sondern den daselbst bediensteten Nachtwächter betraf. Derselbe gestand, dass er sich des Nachts zumeist in dem, neben der von ihm zu überwachenden Trockenkammer befindlichen Tunkereilocale aufgehalten habe. Im XIV. Amtsbezirke (Troppau) gab ebenfalls in einer Zündhölzchenfabrik die Constatirung mehrerer vorgekommenen Necrosefälle Anlass zum Einschreiten. Bei der diesbezüglich stattgehabten Erhebung wurde vorgefunden, dass der Ausnehmerraum mit den Trockenstuben durch Thüren in Verbindung stand. Die Küche, in der die Bereitung des Phosphorbreies erfolgte, war durch eine Thüre mit dem Einlegeraum verbunden. Im Einvernehmen mit dem Staatstechniker und dem Bezirksarzte wurden nebst der Behebung der obenangeführten Uebelstände in baulicher Beziehung unter Anderem noch nachstehende Schutzmassnahmen verlangt: Behufs Ventilation der Trockenräume, sowie des Schwefel- und Paraffinirraumes und des Massekochraumes sind mindestens 25 Cm. im Lichten messende Dunstschläuche aus Eisenblech durch die Decken über die Dachfläche zu führen. Als bewegende Kraft für die anzubringenden Ventilationsvorrichtungen wird der Wärmeunterschied zwischen Innen- und Aussenluft keinesfalls genügen und ist demnach für diese Räume eine künstliche Luftbewegung unbedingt zu schaffen. Als wirksame Ventilationsvorrichtung im Ausnehmerraume und in dem Verbindungsgange ist die Beschaffung von kräftigen, motorisch betriebenen Ventilatoren (Propellern) nothwendig, da in der räumlich beschränkten Ausnehmerei circa 20 Personen beschäftigt sind, während in den Verbindungsgang die Trockenkammern und der Massekochraum einmünden, daher das Eindringen von Phosphordämpfen in denselben unvermeidlich ist. Aus diesem Grunde ist die Aufstellung eines Gas-, Petroleum- oder Dampfmotors zum Betriebe dieser Propeller erforderlich, welcher Motor zugleich bei der Bereitung der Zündmasse, sowie zum Betriebe der Kapselmaschine u. dergl. dienen, also thatsächlich eine technische Vervollkommnung des Betriebes herbeiführen



könnte. Anstatt der Thüre zwischen dem Einlege- und Schwefelraume ist eine Fensteröffnung mit einer drehbaren, tourniquet- oder tabernakelartigen Abschlussvorrichtung herzustellen, welche zur Beförderung der Einlegerahmen zwischen diesen beiden Räumen zu dienen hat, so dass diese letzteren, ausgenommen im Momente der Drehung des Tourniquets, stets von einander abgeschlossen sind. Die Bereitung der Zündmasse und das Tunken der Hölzchen darf nicht mehr in offenen Gefässen erfolgen. Diese Proceduren dürfen nur in hermetisch geschlossenen, das Entweichen der Dämpfe ausschliessenden Vorrichtungen vorgenommen werden, wie z. B. der von *Beck & Henkel* in Kassel ausgeführte Massekochtopf (d. i. ein luftdicht geschlossenes Gefäss, dessen Füllöffnung so eingerichtet ist, dass sie zugleich als Sicherheitsventil wirkt) und der Massirungsapparat (d. i. ein luftdicht verschlossener Behälter, bei welchem mittelst Saugvorrichtungen die aus der Zündmasse entweichenden Dämpfe vollständig weggeschafft werden). Apparate, wie sie die genannte Fabrik für Gross- und Kleinbetrieb liefert. Zur Ueberwachung der Temperatur in den Trockenkammern, die 35° C. nicht übersteigen darf, ist in jeder Trockenkammer ein von aussen ablesbares Thermometer anzubringen.

Bezüglich der Schwefelung, die in einem abgesonderten Raume stattfinden soll, muss die Feuerung des Schwefelherdes von aussen stattfinden. Die vorgeschriebenen Ueberkleider für die Arbeiter haben derart beschaffen zu sein, dass sie Oberkörper, Arme und Beine im ganzen Umfange decken. Dieselben sind in einem eigenen, von den Arbeitsräumen getrennten Raume, und zwar am Rechen hängend, zu verwahren, da ein Versperren derselben in Kästen das Auslüften verhindern würde. Die Aufbewahrung des zur Erzeugung von schwedischen Zündhölzchen dienenden chlorsauren Kaliums muss abgesondert von den übrigen Materialien in einem feuersicheren Locale geschehen. Doch auch in anderen Fabriken wurden zahlreiche Fälle von Phosphornecrose beobachtet, und zeugen nach Ansicht des Gewerbe-Inspectors des XV. Bezirkes (Lemberg), dass die Ministerialverordnung vom 17. Januar 1885, R. G.-Bl. Nr. 8, welche die Einrichtung und den Betrieb der Phosphorzündhölzchenfabriken normirt, gar nicht befolgt wird. Schuld daran tragen hauptsächlich die Gewerbeunternehmer, denen diese Normen lästig sind, weshalb sie dieselben auf jede Art zu umgehen trachten — mitunter aber auch die Arbeiter selbst, welche sich nur aus Unverständniss, mitunter auch aus Noth herbeilassen, in gesundheitswidrig eingerichteten Fabriken zu arbeiten. In diesen Betrieben werden die Arbeitsräume nicht gehörig rein gehalten, gar nicht oder nicht hinreichend gelüftet; die Arbeiter arbeiten in ihrer gewöhnlichen Hauskleidung, waschen die Hände nicht, essen selbst in den Arbeitsräumen. Auch die Fabriksärzte üben die gesetzlich vorgeschriebene Controle über die Aufnahme und den Gesundheitszustand der Arbeiter nicht in der wünschenswerthen Weise aus und so kommt es, dass Arbeiter, deren Aufnahme oder das Verbleiben in einer Phosphorzündhölzchenfabrik nach der obigen Ministerialverordnung aus Gesundheitsrücksichten nicht zulässig ist, jahrelang in solchen Fabriken beschäftigt werden. Es braucht daher nicht Wunder zu nehmen, dass die Fälle, wo Arbeiter an



Phosphornecrose erkranken und in Folge dessen für ihr ganzes Leben zu Krüppeln werden, nicht selten vorkommen. Primararzt Dr. *Josef Bogdanik* in Biala hat Gelegenheit gehabt, sieben solcher Erkrankungen aus einer und derselben Fabrik innerhalb eines Jahres wahrzunehmen; in 4 Fällen war ein operativer Eingriff nöthig. Das war für ihn Veranlassung zu einem Vortrage, welchen er bei der Versammlung der Chirurgen in Krakau im Jahre 1892 gehalten hat, und der in dem Antrage gipfelte, die Behörden darauf aufmerksam zu machen, dass die Vorschriften über die Einrichtung und den Betrieb der Phosphorzündhölzchenfabriken strengstens eingehalten und die Beobachtung derselben auf das Peinlichste überwacht werden. Dr. *E. Lewy*.

778. ***Untersuchungen über die Morphologie und Biologie des Tuberculoseerregers.*** *Von Dr. Friedrich Fischel. Aus dem hygienischen Institut der deutschen Universität in Prag 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 63.)*

Verf. will die Frage zur Entscheidung bringen: ist der Erreger der Tuberculose ein pleomorpher Mikroorganismus und speciell in welchen Formen tritt der Pleomorphismus auf? Er gelangt, die Ergebnisse der bezüglichen Untersuchungen von *Metschnikoff* und von *Mafucci* erweiternd, zu folgenden Resultaten: Der *Koch*'sche Tuberkelbacillus ist die parasitische Form eines ursprünglich saprophytisch vorkommenden, verzweigte Fäden bildenden Mikroorganismus. Dass bei der Untersuchung von Tuberculoseculturen in gefärbten oder ungefärbten Präparaten zumeist nur Stäbchenformen gefunden werden, liegt an der Präparationsweise. Eine genaue Artbestimmung dieses Mikroorganismus ist bis jetzt noch nicht möglich. Jedenfalls ist er kein Bacillus im Sinne der Morphologie. Die zum Theil in der makroskopischen Wachsthumsform vorhandene Aehnlichkeit mit Actinomycesculturen, sowie der Umstand, dass den in den Culturen des Tuberculoseerregers nachgewiesenen Bildungen ähnliche mikroskopische Gebilde auch in den Culturen des Actinomycespilzes gefunden werden, legen die Vermuthung verwandtschaftlicher Beziehungen zwischen beiden nahe. An der Pleomorphie des Tuberculoseerregers ist in erster Reihe die Beschaffenheit des Nährbodens betheiligt, nicht etwa das Alter der Culturen und die Temperaturverhältnisse, unter denen sie gezüchtet werden, und es hängt von dem Nährsubstrate ab, ob die sogenannten Bacillen bald länger oder kürzer, bald schmäler oder breiter erscheinen. Die Bacillen der Hühnertuberculose stehen in genetischer Beziehung zur Säugethiertuberculose, so dass sie als Ernährungsmodificationen einer und derselben Art erscheinen. Die Hühnertuberculose hat durch das Nährsubstrat, auf welchem sie gewachsen ist, im Allgemeinen die Eigenschaft verloren, auf Säugethiere übertragen, bei denselben allgemeine Tuberculose zu erzeugen, doch kann sie unter bestimmten, noch nicht näher bekannten Bedingungen diese Eigenschaft wieder erlangen. Der Erreger der Tuberculose ist somit ein pleomorpher und variabler Mikroorganismus.



# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 779. *Zur Behandlung der Pleuritis exsudativa und der acuten Tuberculose.*

*Von Dr. **Volland**, Davos-Dörfli.*

*(Therap. Monatsh. 1893. Juli.)*

Das häufige Eingreifen mit Bruststich und Brustschnitt bei der Behandlung des pleuritischen Ergusses ist dem Verf. nur ein Beweis dafür, dass man in vielen Fällen die entzündlichen Ergüsse zu gross werden lasse! Wenn der chirurgische Eingriff unter den heutigen aseptischen Massnahmen noch so wenig Bedenken hätte, so würde doch Arzt und Kranken mehr gedient sein, wenn die Indication zu diesen Eingriffen so selten als möglich vorhanden wäre und der Krankheitsverlauf auch spontan erheblich abgekürzt werden könnte. Nach Verf. lässt sich in den allermeisten Fällen verhüten, dass die Ergüsse zu gross werden und somit die chirurgische Behandlung eintreten muss. Das Wie ergaben ihm folgende Ueberlegungen. Bei der acuten Bauchfellentzündung ist man darüber einig, dass sie unter durchaus ruhiger Rückenlage behandelt werden muss. Bei der Pleuritis lässt man den Patienten nur nothgedrungen so lange liegen, so lange heftige Schmerzen bestehen. Dass man aber auch im weiteren Verlaufe der Krankheit eine vollkommen ruhige Lage bewahren muss, wird nirgends betont. Ja es wird heute noch von mancher Seite empfohlen, zur Entfernung von Exsudatresten die frühzeitige Athemgymnastik anzuwenden. Was tritt unter solchen Umständen ein? Der Erguss sammelt sich, wie bekannt, im Brustraum entsprechend der Horizontalen beim Liegen hinten unten an. Richtet sich der Patient auf, so ist das Exsudat bestrebt, demgemäss das Niveau zu ändern. Hierfür ist aber einerseits eine Ausdehnung der Lungenpartien nothwendig, von wo aus die Flüssigkeit abströmen will und andererseits ein Zusammendrücken jener erforderlich, nach denen sie sich hinbewegt. Demgemäss beginnt sofort mit dem Aufsetzen des Kranken an den oberen Theilen eine Saugwirkung, die zunächst auf die Gefässe der entzündeten Pleura wirken muss, da die Lunge sich nicht so schnell ausdehnen kann. Blut und Lymphe aber, als das Leichtbeweglichste, werden in den durch die Entzündung schon vermehrten und erweiterten Gefässen noch reichlicher zuströmen und durch weitere Transsudation den Erguss nur vergrössern. Etwa schon vorhandene Verklebungen der Pleurablätter werden gelöst oder gedehnt, wodurch die Entzündung ebenfalls wieder gesteigert wird; auch wird beim Aufrichten der Patient gezwungen, die beim ruhigen Liegen ausser Athemthätigkeit gesetzte erkrankte Seite wieder mit zu gebrauchen. Verf. empfiehlt, um den Organen die für die Gesundung nothwendige Ruhe zu geben, folgende Behandlungsweise der Pleuritis exsudativa: Sobald der entzündliche Erguss nachgewiesen ist, wird der Kranke zu völlig ruhiger und ungestörter Rückenlage ver-



anlasst. Gerade so, als habe er eine Bauchfellentzündung, muss der Stuhl in die Bettschüssel entleert werden und der Urin in die Flasche. Essen und Trinken muss er ebenfalls in ruhiger Rückenlage zu sich nehmen. Es darf durchaus nicht mehr untersucht werden. Sollte die Krankheit einen ungewöhnlichen raschen Verlauf nehmen, so gibt es dafür genug Zeichen von Seiten des Herzens und der Respiration. Sind heftige Schmerzen vorhanden, so werden sie mit Morphium, wenn nöthig subcutan, und mit Cataplasmen gemildert. Letztere werden übrigens nur da angewandt, wo die schmerzende Stelle ohne Lageveränderung damit bedeckt werden kann. Etwaiger Hustenreiz muss natürlich so energisch wie möglich bekämpft werden. Alle hydropathischen Wirkungen sind mit *Gerhardt* zu verwerfen, da sie ohne Lageveränderung und Anstrengung für den Kranken nicht gemacht werden können. So lange Fieber vorhanden, kann man annehmen, dass der Erguss noch im Zunehmen begriffen ist. Fiebermittel werden übrigens nicht gegeben. Die darnach auftretenden Schweisse schwächen sehr, ohne einen verminderten Einfluss auf den Erguss auszuüben. Nach dem Vorgang von *Robinson* und *H. Schulz* beschränkt sich Verf. auf die Darreichung einer Kochsalzlösung, wenn sie der Magen verträgt. Man wird überrascht sein, in wie kurzer Zeit das Fieber selbst bei tuberculösen Pleuritikern unter dem geschilderten Verfahren abfällt. Bei einem Tuberculösen war die längste Zeit vom Beginne der Behandlung an bis zum völligen Verschwinden des Fiebers acht Tage. Auch nach dem Abfall des Fiebers darf man sich noch nicht zur Untersuchung verleiten lassen. Die absolut ruhige Lage muss fortdauern. Ein etwa nöthiger Bettwechsel muss in derselben Weise in's Werk gesetzt werden, wie bei der acuten Bauchfellentzündung. Acht Tage nach dem völligen Verschwinden des Fiebers wird man für gewöhnlich kaum mehr eine Spur von Erguss nachweisen können. Ein etwaiger Rest wird nach wenigen Tagen unter demselben Verhalten vollends verschwunden sein. Der Kranke darf das Bett erst dann verlassen. Ist auch die Zahl der vom Verf. behandelten Fälle nur klein (vier), so ist ihm gegenüber früheren Erfahrungen sowohl der rasche Fieberabfall, als auch das schnelle, spurlose Verschwinden des Ergusses so merkwürdig gewesen, dass er keine Voreiligkeit zu begehen glaubt, wenn er den Collegen schon jetzt angelegentlichst empfiehlt, mit dieser Behandlungsweise der Pleuritis exsudativa einen Versuch zu machen.

Ganz das gleiche Verfahren hat Verf. angewandt bei acuter Tuberculose. Wenn es Thatsache ist, dass die acute Knötchentuberculose durch Verschwemmung der tuberculösen Masse in den Kreislauf entsteht, die einem nach einer Vene oder einem Lymphgefässe durchbrechenden tuberculösen Herd entstammt, so muss man darauf bedacht sein, dieses Eindringen womöglich sich nicht öfter wiederholen zu lassen. Ein directes Mittel, solche Nachschübe zu verhindern, ist uns ja versagt, sonst würde die acute Knötchentuberculose viel von ihrem Schrecken verlieren. Immerhin können wir auch dabei nicht unwesentlich die Heilbestrebungen des Organismus unterstützen. Das Aufsitzen des Kranken und auch das Herumlegen von einer Seite auf die andere, oder auch schon das Wenden

von der Rücken- zur Seitenlage haben unzweifelhaft Druckschwankungen im Kreislauf und, wenn auch nur geringe Verschiebungen der Gewebe im Körperinnern gegen einander im Gefolge. Dadurch kann sowohl der nach dem Gefäss hin geöffnete tuberculöse Herd einen gewissen Druck erleiden, als auch der Gefässinhalt eine vermehrte saugende Wirkung auf den käsig zerfallenden Inhalt desselben ausüben. Es lässt sich leicht denken, dass durch diese Umstände der Gefahr neuer Aufnahme von Gift in den Kreislauf Vorschub geleistet wird. Wir können nur dadurch, dass wir den Kranken zur vollständigen ruhigsten Rückenlage einige Wochen hindurch bestimmen, soweit es überhaupt möglich ist, solchen Nachschüben entgegenzuwirken suchen.

---

# Literatur.

780. ***Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte*** *unter Mitwirkung der Herren Doc. Dr.* ***C. Breus****, Dr.* ***A. Eitelberg****, Doc. Dr.* ***E. Finger****, Doc. Dr.* ***S. Freud****, Dr.* ***Felix Kauders****, Prof. Dr.* ***E. H. Kisch****, Doc. Dr.* ***E. L. Königstein****, Dr.* ***L. Lewandowski****, Prof. Dr.* ***J. Nevinny****, Dr.* ***O. Pospischil****, Doc. Dr.* ***W. Roth****, Dr.* ***M. T. Schnirer****, Doc. Dr.* ***E. Steiner Freih. v. Pfungen****, Dr.* ***M. Witzinger****, Doc. Dr.* ***Otto Zuckerkandl*** *herausgegeben von Dr.* ***Anton Bum****, Redacteur der „Wiener Medizinischen Presse". Mit 697 Illustrationen in Holzschnitt. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.*

Der seltene Erfolg des „Therapeutischen Lexikon", dass gleich nach dem Erscheinen der ersten Auflage zur Fertigstellung der zweiten nunmehr vorliegenden Auflage geschritten werden musste, lehrt jedenfalls, dass dieses Werk in einer Epoche, in welchem die therapeutische Richtung auf allen Gebieten der Medicin mit Vorliebe gepflegt wird, dem praktischen Arzte die Ergebnisse dieser Bestrebungen in der Weise übermittelt, dass er dieselben auf dem gesammten Gebiete seines Wirkens verwerthen kann. Es ist von der medicinischen Publicistik über das Werk, dessen Anlage und über die Art der Durchführung soviel Anerkennendes gerühmt worden, dass man nicht umhin kann, Bekanntes zu wiederholen, will man die Vorzüge desselben im Einzelnen hervorheben. Nicht nur sind sämmtliche Gebiete der Therapie, jedes Fach von besonderen Vertretern bearbeitet, vollinhaltlich durchgeführt, sondern die therapeutischen Massnahmen sind auch überall in ihrem Zusammenhange mit der Aetiologie und dem Stadium des Processes, gegen den sie gerichtet sind, dargestellt. Prophylaxis und Hygiene sind in allen Fällen betont, wo sie in das Bereich der ärztlichen Wirksamkeit fallen. Bei den chronischen Krankheitsformen werden die verschiedenen Heilmethoden, die balneologische, diätetische, mechanische und die medicamentöse eingehend und mit der nöthigen Objectivität berücksichtigt. In der Medication, welche durch zahlreiche Verordnungsformeln hervorragender Kliniker und Specialisten unterstützt wird, herrscht durchgehends jene sorgfältige und kritische Auswahl, welche einen nicht zu unterschätzenden Vorzug der Wiener ärztlichen Schule bildet. Einzelne Capitel, wie Balneotherapie, Hydrotherapie, Pneumatische Therapie, Mechanotherapie, Kosmetik u. v. a. sind als vorzügliche Monographien der bezüglichen Themata zu betrachten; so dürfen wohl der Herausgeber, welcher die

vorzügliche Anlage des Werkes schuf und in den Capiteln Chirurgie und Mechanotherapie selbst thätig mitwirkte, als auch sämmtliche Mitarbeiter die Befriedigung fühlen, den praktischen Aerzten ein Werk geschaffen zu haben, das diesen in der Erfüllung der Berufspflicht katexochen als verlässlicher Führer dienen wird. In der vorliegenden Auflage sind überdies Dank dem Entgegenkommen der Verlagshandlung die schon in der ersten Auflage reichlich vorhandenen, sehr sorgfältigen Illustrationen um einige wichtige neue vermehrt worden. Den Anhang des Werkes bilden: I. Maximaldosen für Erwachsene nach den letzten Auflagen der österreichischen und deutschen Pharmakopoe. II. Pharmakologisches Register, die Dosirung und Darreichungsform sämmtlicher Arzneimittel auf Grundlage der obigen Pharmakopoen enthaltend.

*Loebisch.*

781. ***Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.*** *Für Studirende und Aerzte verfasst von Prof.* ***L. Hirt****, Breslau. Mit 87 Abbildungen. Stuttgart, F. Enke, 1893.*

Der Hauptzweck, der den berühmten Diagnostiker trotz der grossen Zahl von Lehrbüchern über dieselbe Doctrin zur Herausgabe dieses Bandes der „Bibliothek des Arztes“ veranlasste, war die Absicht, so manchen wichtigen Punkt dieser Lehre in kürzerer oder auch in breiterer Darstellung, jedenfalls aber für den Lernenden zweckmässiger zu behandeln, als dies die übrigen Autoren nach Ansicht des Verf. gethan haben. Die Anordnung des Stoffes geht von der Ueberzeugung aus, dass die Physik von der Medicin, die Theorie von der Praxis, die Diagnostik von der Therapie zu trennen sei. Hervorgehoben sei auch, dass im elektrodiagnostischen Theile stets erst der normale, dann der pathologische Befund und zuletzt ihre Verwerthung beschrieben sind, wodurch das Studium der trockenen schwierigen Materie wesentlich erleichtert wird. In dem Abschnitte über Elektrotherapie, der zum überwiegenden Theile eigene Erfahrungen und Beobachtungen enthält, ist manches praktisch Verwerthbare zu finden, worauf in anderen Lehrbüchern kaum hingedeutet ist. Von der Ueberzeugung, dass die Stromeswirkung in der Hauptsache der durch sie erzeugten Suggestion zuzuschreiben sei, ist auch der Verf. stets und überall ausgegangen, was ihn jedoch nicht gehindert hat, auf die Details der Technik des Elektrisirens einzugehen, um den therapeutischen Werth der verschiedenen Methoden gegen einander abzuwägen. Wer sich über einzelne Punkte genauer informiren will, findet in der Mehrzahl der Capitel eine sehr vollständige Angabe der einschlägigen Literatur, die bis zum Jahre 1880 zurückreicht. Mit diesen wenigen Worten — denn näher auf den Inhalt einzugehen erlaubt der Raum nicht — sei das überaus verdienstliche, bestens ausgestattete Werk eindringlichst empfohlen.

*v. Buschman*, Wien.

782. ***Der Tabak und seine Einwirkung auf den menschlichen Organismus.*** *Eine chemische, physiologische, pathologische und therapeutische Studie von Dr.* ***Ludwig Jankau.*** *München, Verlag von Seitz und Schauer, 1894. 8°. 109 Seiten.*

Die kurze Studie, welche Verf. veröffentlicht, enthält über den Tabak manches Anregende, das bisher weder in die ärztlichen Kreise, noch in die der verschiedenen Berufsclassen, welche sich für den Tabak in hygienischer und in nationalökonomischer Hinsicht interessiren, eingedrungen ist. Ueber die Wirkung der Verbrennungsproducte der Cigarre



beim Rauchen stellte Verf. auch einige Thierversuche an, welche ergaben, dass eine auf Watte aus dem Tabakrauch niedergeschlagene Substanz (Nicotin?) sehr rasch resorbirt wird und stark giftig wirkt. Etwas eingehender schildert Verf. die pathologischen Folgen des Tabakrauchens, und zwar: die Affectionen des Halses, der Nase, des Rachens und der Ohren, die der Augen und des Magens auf Grund eingehender Literaturstudien und eigener Erfahrungen. Des Ferneren schildert er die Necrosen und Psychosen in Folge Tabakrauchens. Den Schluss dieses Theiles bilden prophylactische und therapeutische Massregeln als Hygiene des Tabakrauchens. Wir wünschen der fleissigen Studie des Verf. die verdiente Verbreitung.

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

783. ***Eine neue Methode der Säuglingsernährung.*** *Vortrag von Dr.* ***Hauser*** *in der Berliner med. Gesellschaft. Sitzung vom 5. Juli 1893. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 59.)*

In der künstlichen Ernährung der Säuglinge haben wir zweifellos Fortschritte gemacht. Nach der Erkenntniss des vorübergehenden Nutzens der Surrogate und Kindermehle galt es, die geeignetste Thiermilch und die passendste Bereitungsart festzustellen. Die der Frauenmilch am nächsten stehende Stuten- und Eselsmilch ist aus praktischen Gründen nur sehr beschränkt zu verwenden. Ziegenmilch wird ihres Kaprinsäuregeruches wegen oft ungern genommen. Wir sind deshalb auf die überall relativ leicht und in guter Qualität zu beschaffende Kuhmilch angewiesen. Bei ihrer Verwendung gilt es: 1. durch entsprechende Mischung und Zusätze eine der Frauenmilch im Verhältniss des Wassers zu Eiweiss, Fett, Zucker, Salzen möglichst ähnliche Nährflüssigkeit herzustellen, 2. diese Nahrung in demselben keimfreien Zustande wie die Frauenmilch zu reichen. Beide Forderungen lassen sich ziemlich vollständig erfüllen, und doch gelingt es nicht, auf diesem Wege stets dieselben Ernährungsresultate zu erzielen. Trotz sorgfältiger und wiederholter Sterilisation der Milch und Freisein von allen Gährungs- und Krankheitskeimen und trotz der richtigen chemischen Verhältnisse erkranken die Säuglinge entweder an acuter Dyspepsie, oder sie werden ohne grössere Krankheitssymptome atrophisch. Die Ursache liegt darin, dass die Kuhmilch bedeutend schwerer verdaulich ist, als die Frauenmilch. Sie reagirt nicht alkalisch, sondern sauer, gerinnt nicht in dünnen zarten Flöckchen, sondern in derben grossen Klümpchen, und diese derberen Gerinnsel bieten den mechanischen und chemischen Angriffen des Magens und Darms grösseren Widerstand. Aber auch das in dem Caseingerinnsel eingeschlossene Fett und ein Theil der Salze wird schlechter verdaut. Nach dieser Erkenntniss des Grundes der Schwerverdaulichkeit der Kuhmilch waren alle Bestrebungen darauf gerichtet, das Kuhmilchcasein in ähnlicher Weise zur Gerinnung zu bringen, wie das der Frauenmilch. Die starke Verdünnung der Kuhmilch ist wegen ihrer grossen Nachtheile (Verdünnung der schwachen Verdauungssäfte, Ueberschwemmung der Nieren und des Darmes mit Wasser, Beförderung der Intertrigo) neuerdings mit Recht aufgegeben. Die Verdünnung der Milch mit schleimigen Flüssigkeiten, wie Wasser und Graupenschleim, hat sich zwar nützlich erwiesen; sehr bedeutend gewinnt die Verdaulichkeit jedoch nicht. Lactin





*Paulke*'sches Milchsalz sind ganz unwirksam. Weit besser wirkt eine theilweise Peptonisirung der Kuhmilch durch Pankreas, macht sie aber durch den bitteren Geschmack ungeniessbar. Die verschiedenen halbpeptonisirten Milchpräparate haben sich nicht einbürgern können. Die sämmtlichen Milchconserven sind und bleiben nur ein Nothbehelf und eignen sich nicht für die Massenernährung der Säuglinge, speciell in den grossen Städten, und doch fordert die grosse Zahl dyspeptischer, atrophischer, rhachitischer Säuglinge, welche die Kinderspitäler und Polikliniken hilfesuchend füllt, dringend Abhilfe. Daher dürfte jeder Versuch zur Verbesserung der Kuhmilchernährung gerechtfertigt sein.

Als ein bedeutender Beitrag in dieser Richtung erscheint die Erfindung eines Kuhmilchpräparates, welches Verf. vor $1^1/_2$ Jahren von dem Chemiker Dr. *Rieth* zur Prüfung unter dem Namen Eiweiss-, beziehungsweise Albumosenmilch erhalten hat. *Rieth* war zunächst bestrebt gewesen, aus der Kuhmilch ein Präparat herzustellen, welches der Frauenmilch in weit genauerem Masse chemisch gleichkäme als bisher. Es gelang relativ leicht, den geringeren Fett- und Zuckergehalt durch passenden Zusatz von Sahne und Milchzucker zu dem Kuhmilchgemisch zu erhalten. Auch die Aschenstoffe waren unschwer in einem richtigen Procentsatz (0·25) zu fixiren. Schwieriger war es, das richtige Verhältniss der Eiweisskörper zu einander herzustellen. Bekanntlich ergibt eine genauere Bestimmung und Differenzirung derselben, dass die Frauenmilch etwa blos 0·77% Casein, Kuhmilch dagegen 2·84% enthält, während das Verhältniss für das Albumin umgekehrt ist, nämlich 0·57% in der Kuhmilch, 1·59% in der Frauenmilch. Es kam also darauf an, der Kuhmilchmischung Albumin zuzusetzen. Das gewöhnliche Hühnereiweiss war wegen seiner Gerinnung beim Kochen und seiner Schwerverdaulichkeit nicht zu verwenden. Es gelang *Rieth*, in dem über 130° C. erhitzten Hühnereiweiss oder vielmehr in der durch diesen Process entstandenen Albumose den geeigneten Körper zu finden, da derselbe abgekühlt nicht wieder gerinnt und nicht nur seinen vollen Nährgehalt beibehält, sondern auch sehr leicht verdaulich ist. Die erste Eigenschaft der *Rieth*'schen aus natürlicher Kuhmilch ohne fremdartige Beimischungen hergestellten Albumosenmilch ist die gleiche chemische Zusammensetzung wie die der Frauenmilch. Unendlich viel wichtiger ist aber das chemisch-physiologische Verhalten der Albumosenmilch. Bei Zusatz von künstlichem Magensaft sinkt das Casein der Kuhmilch in ganzen grossen Fetzen und schwer zu verreibenden Gerinnseln zu Boden, während in dem Reagensglase mit der *Rieth*'schen Albumosenmilch die Gerinnung in Gestalt von mikroskopisch kleinen Flöckchen, Kügelchen und Stäubchen vor sich geht. Bei Behandlung mit Laab gerinnt die Kuhmilch zu einem grossen, dicken, derben Kuchen, über dem die Molke steht. Die Albumosenmilch gerinnt dagegen zu einem leicht verreibbaren weichen Laabkuchen. Die beim physiologischen Speien der Kinder regurgitirte Milch kommt nicht verkäst in grösseren Gerinnseln, sondern schleimig mit kaum bemerkbarer feinster Gerinnselbildung aus dem in Verdauung begriffenen Magen.

Diese Eigenschaften veranlassten Verf. zu einem praktischen Versuch, und zwar gab er die Albumosenmilch sofort und unverdünnt. Dabei stellte sich zunächst heraus, dass ein allmäliger Uebergang von der Kuhmilch zur Albumosenmilch bei künstlich ernährten Kindern keineswegs geboten war. Ausserdem wurde die Albumosenmilch gerade von vielen dyspeptischen kranken Säuglingen sehr gut vertragen. Verf. ging erst



dann zur Anwendung der *Rieth*'schen Albumosemilch über, wenn eine rationelle und genau überwachte Kuhmilchernährung nicht den gewünschten Erfolg hatte und ernstliche Verdauungsstörungen vorlagen. Medicamente wurden grundsätzlich nicht gegeben, Magenausspülungen nur ausnahmsweise angewendet.

Bei den Versuchen beobachtete Verf. Folgendes: Genommen wurde die Milch stets anstandslos, fast immer gern, jedenfalls immer nach kurzer Gewöhnung. Erkrankungen an Soor, Aphthen etc. wurden nie beobachtet. Der Magen vertrug die Milch sehr gut. Das dyspeptische Erbrechen hörte in allen Fällen meist sehr bald auf, selbst bei Säuglingen, welche sogar die kleinsten Portionen von Eismilch, Eiweisswasser etc. nicht vertragen hatten. Hier wurde die Albumosemilch anfänglich in ganz kleinen Portionen und kalt mit allmäligem Uebergang zu grossen Mengen warmer Nahrung gereicht. Das physiologische Speien war stets mässig; die ganze Verdauung war entschieden eine erleichterte gegenüber der Kuhmilch. In Bezug auf die Darmverdauung frappirte das Aussehen und die Verschiedenheit der Stühle. In überraschendem Gegensatz zu den festen, derben weisslichen Stühlen der mit Kuhmilch ernährten Kinder (meist erst unter wechselnden Klystieren und Laxantien entleert) erfolgten bei der Ernährung mit Albumosemilch die Stuhlgänge ausnahmslos in allen Fällen gut ohne Nachhilfe in der richtigen breiigen Consistenz 1—3mal in 24 Stunden und von goldgelbem gleichmässigen Aussehen. Andererseits hörten dyspeptische Diarrhoen in der Mehrzahl der Fälle ziemlich bald auf und machten normalen Entleerungen Platz. Es finden sich geradezu wunderbar sich anhörende Heilungen von monatelang anscheinend unstillbaren chronischen Diarrhoen; weniger günstig verhielt sich die Albumosemilch gegen die Tag und Nacht quälenden Koliken. In zwei Fällen gelang es nicht, obwohl die Albumosemilch gut vertragen und verdaut wurde, dieser Koliken Herr zu werden, während an der Ammenbrust die Kinder sich allmälig beruhigten und gediehen. Specifisch auch für die Entleerung bei Albumosemilch ist der intensive üble Geruch der Fäces und Flatus. Diese einzige unangenehme Eigenschaft liess sich übrigens nicht bei allen Kindern nachweisen. Bei acuten fieberhaften Dyspepsien hört das Fieber, sowie alle anderen objectiven und subjectiven Symptome der Erkrankung ausnahmslos rasch auf. Als Nahrung bei acuten, fieberhaften Infectionskrankheiten, wie Pneumonien mit ernsten dyspeptischen Erscheinungen leistete die Albumosemilch vorzügliche Dienste. Selbst Kinder, die an der Mutterbrust nicht gedeihen wollten, nahmen bei Albumosenmilch sofort sehr gut zu, während sie auf Kuhmilch mit schweren Verdauungsstörungen und Gewichtsabnahme reagirten. Es wurde festgestellt, dass nicht nur der Säugling bald nach der Geburt ein und dieselbe Albumosemilch ebenso vertrug, wie ein älteres Kind von vielen Monaten, sondern dass die Säuglinge der verschiedensten Altersstufen fast alle gleichmässig gut gediehen. Eine Grenze für die Ernährung mit Albumosemilch lässt sich nicht ziehen. Sie richtet sich sowohl nach dem Alter wie nach dem Körpergewicht und der Entwicklungsstufe der Kinder. Im Allgemeinen wird eine genaue Ueberwachung durch regelmässige Wägung sofort anzeigen, ob und wann ein Nahrungszuschuss erforderlich ist. Als Zuschuss hat Verf. der Albumosenmilch meist einfache Kuhmilch zusetzen lassen, aber dennoch blieb die specifische frauenmilchähnliche Gerinnung erhalten. In zunehmender Concentration ist Verf. eventuell bis zu reiner Kuhmilch übergegangen.





In mehreren Fällen genügte die Beifügung von Bouillon, Ei, schleimig-mehliger Suppen etc. Als eine Beeinträchtigung des praktischen Werthes der Albumosemilch ist der hohe Preis zu bezeichnen. Jedenfalls sind die Kosten der Ernährung mit Albumosemilch noch nicht halb so gross wie die mit einer Amme.

## Kleine Mittheilungen.

784. ***Empfindlichkeit gegen eine kleine Dosis Arsenik.*** *Von* ***Nicholson.*** *(The Lancet. 1893. Februar. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 45.)*

Verf. verordnete einem Pat., der an Anfällen von Furunculose des Nackens litt, 0·09 Liquor arsenicalis 3mal täglich unmittelbar nach dem Essen zu nehmen, gut verdünnt. Bei einem Besuche nach 2 Tagen fand Verf. die Furunkeln zwar geschwunden, aber statt dessen hatte sich ein allgemeines Erythem entwickelt, am wenigsten waren Gesicht und Hände betroffen. Farbe von Brust und Bauch glich der gekochter Krebse. Dieser Zustand war mit starkem Juckreiz verbunden, was dem Pat. eine schlaflose Nacht verursacht hatte. Dabei hatte er erst 5mal die angegebene Dosis eingenommen. Daneben bestand leichte Diarrhoe und geringe Röthung der Conjunctiva, sonst keine Zeichen einer Arsenikvergiftung. Temperatur normal. Pat. hatte übrigens vor 10 Jahren an Ekzem gelitten, welches durch Beschäftigung mit Arsen hervorgerufen war. Er litt seitdem jeden Herbst an leichtem Ekzem. Der Anfall verschwand, sobald das Arsen ausgesetzt worden war.

785. ***Gegen schlechten Geruch aus dem Munde.*** *(Semaine méd. 1893. — Pharm. Post. 1893. 32.)*

Dieser stammt 1. von der ausgeathmeten Luft, 2. aus den aufgestossenen Gasen des Verdauungstractes und 3. von Mundkrankheiten. Bei den ersten zwei Ursachen ist Behandlung der Grundkrankheiten nothwendig. Bei letzteren ist Antisepsis Hauptsache, ebenso die Bekämpfung der Säuerung des Speichels, Entfernung von Speiseresten und Caries der Zähne. Für Antisepsis des Mundes gibt *G. Vian* folgende Vorschriften:

I. *Kal. hypermangan. 0·3, Aq. dest. 30·0.* S. 5—8 Tropfen in ein Glas Wasser als Gargarisma. *(Leopold.)*

II. *Kal. hypermangan. 1·2, Aq. dest. 120·0.* S. 10 Tropfen in ein Glas Wasser. *(Buzier.)*

III. *Infusum Salviae 250·0, Glycerini 30·0, Tincturae myrrhae, Tinct. lavandulae aa. 12·0, Liquor Labarraque 30·0.* S. Spülwasser für den Mund. *(Monin.)*

IV. *Coffeae arab. tost. et pulv. 75·0, Carbon. pulv. 25·0, Ac. boric. 25·0, Saccharin 0·65, Tinct. vanillae q. s., Mucilag. gummi q. s.* Mf. Pastillae de 0·7 Grm. *(Smith.)*

V. *Tragacanthae 1·0, Gummi arab. 3·0, Aq. font. 10·0, Salol 25·0, Sacchar. 60·0. Essent. citric. gtt. V.* Mf. tablettae Nr. 100. *(Lembard.)*

VI. *Decoctum flor. chamomill. 300·0, Glycerin. 80·9, Aq. chlorat. 15·0.* Zum Gurgeln. *(Monin.)*

VII. *Aq. menth. piper. 500·0, Aq. laurocerasi 60·0, Natr. borac. 25·0.* S. Zum Gurgeln. *(Monin.)*

VIII. *Thymol 0·3, Spirit. cochleariae 30·0, Tinct. ratanhiae 10·0, Olei menthae 0·5, Olei caryophyll. 1·0.* S. 10 Tropfen in ein Glas Wasser, zum Gurgeln. *(Schlenker.)*

IX. *Salol 0·5, Spir. vin. 100·0, Tinct. canellae albae 3·0, Olei menthae 0·1.* S. Zum Zahnputzen. *(Scheff.)*

X. *Hydrogen. hyperoxyd. 25·0, Aq. dest. 100·0.* 2 Löffel voll in ein Glas Wasser, einige Mal täglich zu gurgeln *(Kühn.)*

XI. *Natr. hydrocarb. 2·0, Aq. dest. 70·0, Spir. cochlear. 30·0.* Ein halber Kaffeelöffel in ein viertel Glas Wasser zum Mundspülen. *(Holländer.)*

XII. *Saccharin, Natr. hydrocarb. aa. 1·0, Ac. salicyl. 4·0, Spir. vin. 200·0.* Einige Tropfen in ein Glas Wasser zum Mundspülen. *(F. Thore.)*

XIII. *Bromochloral 20—30 gtt.* Ein Theelöffel voll Zuckerwasser. Ein vorzügliches Mittel, um den Tabakgeruch zu unterdrücken. Das Medicament selbst ist geruchlos. *(C. Graham.)*

XIV. *Kal. hypermang 0·05, Aq. dest. 30·0.* Eine kleine Menge in ein Glas Wasser zum Gurgeln. *(Jarisol.)*

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Bum, Dr. Anton,* Redacteur der Wiener Medizinischen Presse. Therapeutisches Lexikon für praktische Aerzte unter Mitwirkung der Herren Doc. Dr. C. Breus, Dr. A. Eitelberg, Doc. Dr. E. Finger, Doc. Dr. E. Freud, Dr. Felix Kauders, Prof. Dr. E. H. Kisch, Doc. Dr. L. Königstein, Dr. R. Lewandowski, Prof. Dr. J. Nevinny, Dr. O. Pospischil, Doc. Dr. W. Roth, Dr. M. T. Schnirer, Doc. Dr. R. Steiner Freih. v. Pfungen, Dr. M. Witzinger, Doc. Dr. Otto Zuckerkandl. Mit 697 Illustrationen in Holzschnitt. Zweite, vermehrte und verbesserte Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1893.

*Frank, Docent Dr. Rudolf,* Assistent an der chirurgischen Klinik des Hofrath Prof. Dr. E. Albert in Wien. Ueber die Radicaloperation von Leistenhernien. Mit 8 Abbildungen. Wien 1893, Verlag von Josef Šafař.

*Hoor, Dr. Karl,* k. k. Regimentsarzt, Docent an der Universität und Chefarzt der Abtheilung für Augenkranke im Garnisons-Spital Nr. 17 in Budapest. Prophylaxe und Beseitigung des Trachoms in der k. u. k. österreichisch-ungarischen Armee. Wien 1893, Verlag von Josef Šafař.

*Jankau, Dr. Ludwig,* Der Tabak und seine Einwirkung auf den menschlichen Organismus. Eine chemische, physiologische, pathologische und therapeutische Studie. München, Verlag von Seitz und Schauer, 1894.

*Kühner, Dr. A.,* med. Chefredacteur der Zeitschrift „Gesundheit". Handbuch der hygienischen Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Prophylaxe. München 1893, Verlag von Seitz und Schauer.

*Schmitt, Dr. Adolf,* Privatdocent für Chirurgie und Assistent der kgl. chirurgischen Klinik zu München. Die Fascienscheiden und ihre Beziehungen zu Senkungsabscessen, eine anatomische Studie. München und Leipzig 1893, Verlag von J. F. Lehmann.

*Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien für das Jahr 1891.* 9. Jahrgang, bearbeitet von Dr. Stephan Sedlaczek, Magistratsrath, und Dr. Wilhelm Löwy, Magistratssecretär. Wien 1893, Verlag des Wiener Magistrates.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

## Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

786. ***Ueber Verdauungsstörungen, bedingt durch einzelne Erkrankungen der Harnorgane.*** *Von Dr. H. Alany, Budapest. (Klinikai Füzetek. 1893. Heft 15. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 33.)*

Viel zu wenig gewürdigt wird die Thatsache seitens der Praktiker, dass manche Erkrankung der Harnorgane sich unter der Maske der verschiedensten dyspeptischen Störungen verbirgt, welch letztere dann Arzt und Kranken derart beschäftigen, dass die geringen Harnbeschwerden dabei nicht beachtet oder zumindest nicht ihrer wahren Bedeutung nach gewürdigt werden. Nach der Schilderung des bezüglichen Falles (62jähriger Mann, 10tägige Retention des Harnes in Folge Blaseninsufficienz) führt Verf. Folgendes aus: Die Ursache für die bei chronischer Harnretention auftretenden Dyspepsien ist in der vicariirenden Ausscheidung von Ammoniumsalzen auf der Magen-Darmschleimhaut und der reactiven Hyperämie der letzteren zu suchen. Wohl können auch pathologische Veränderungen der Niere diese chronische Urämie hervorbringen, allein die Hauptrolle fällt dem Umstande zu, dass die Nieren, um den Druck der in der Blase angestauten Harnmenge zu überwinden, gezwungen sind, grössere, aber diluirtere Urinquantitäten zu secerniren, welche nicht nur relativ, sondern auch absolut viel weniger feste Bestandtheile enthalten, als de norma, welch letztere in den Kreislauf gelangen. Der Zustand der Cachexie wird also in diesen Fällen durch die Doppelwirkung der fortwährenden urämischen Intoxication, welche die Ansammlung von Harnbestandtheilen im Blute verursacht und der Inanition zu Folge von Verdauungsstörungen unterhalten. Daher soll es als Regel gelten in allen Fällen, wo ältere Leute (Männer über 50 Jahre) an hartnäckigen Verdauungsbeschwerden leiden, den Zustand der Harnorgane genauestens zu untersuchen. Die Untersuchung habe stets nach der in Gegenwart des Arztes erfolgten Harnentleerung zu geschehen. Ist Verdacht auf chronische Retention vorhanden, so soll hierauf erst die Blase von den Bauchdecken aus palpirt, alsdann percutirt werden. Ein negativer Befund auf Palpation und Percussion schliesst noch keine Dilatation der Blase aus, da bei allmäliger Dilatation die Blase nicht die vordere Bauchwand zu erreichen braucht, sondern sie sinkt gegen das Becken, d. i. ihr Grund dehnt sich aus, während vor ihr Gedärme lagern können. Im Anschlusse an diese äussere Untersuchung folgt dann die bimanuelle vom Rectum und den Bauchdecken aus; ist die Blase dilatirt, dann kann man trotz vorheriger Harnentleerung einen fluctuirenden Sack nachweisen, der das sogenannte Residualwasser enthält.

Wo gewisse Hindernisse, z. B. dicke Bauchdecken, fleischiger Damm etc., die letzterwähnte bimanuelle Untersuchung erschweren, dort muss man zum Catheter greifen. Dies jedoch muss unter besonderen Cautelen geschehen, und zwar soll das Instrument vollkommen steril sein, denn die pathologisch veränderte Blasenschleimhaut gibt einen besonders günstigen Nährboden für inficirende Keime ab, ferner soll die künstliche Entleerung der Blase nie auf einmal erfolgen. Was die Behandlung anlangt, so soll vorerst eine Vorbereitungscur die Kräftigung und Erhöhung der Widerstandskraft des Patienten bezwecken. Oefters wiederholte Verabreichung leichter Laxantien, z. B. von Mittelsalzen, soll die an der Schleimhautoberfläche von Magen und Darmtract ausgeschiedenen Ammoniumsalze eliminiren, gleichzeitig soll auch gegen das symptomatische Erbrechen angekämpft werden. Leichte Diät, Milch (ausschliessliche Milchdiät ist wegen der unerwünschten Diurese contraindicirt), Beförderung der Hautthätigkeit durch Abreibungen und Massage. Mancher Pat. fühlt sich wohl bei mässiger Bewegung, bei anderen hingegen ist Bettruhe und continuirliche schwache Diaphorese angezeigt. Hierauf erst soll die Blase gradatim und nicht auf einmal entleert werden, bei der ersten Sitzung wird blos der $^1/_2$—$^1/_4$ Theil des Residualwassers abgelassen, am nächsten Tage etwas mehr und so fort. Wenn sich die Blase derart an die Entleerung gewöhnt hat, erst dann wird dieselbe am 5.—10. Tage vollständig evacuirt. Von diesem Zeitpunkte an kann die vollständige Entleerung zweimal täglich mittelst sterilisirten Nelatoncatheters vorgenommen werden. —r.

787. ***Tumor der Zirbeldrüse ohne Acromegalie.*** *Von **Ernest Wills.** (Brain. Autumn-Winter. 1892, pag. 465. — Zeitschr. f. Nervenhk. 1893. August.)*

Ein 26jähriger Mann wird am 20. April 1891 an Blödsinn leidend im Spital aufgenommen; er klagte über heftigen Kopfschmerz, den er schon seit 15 Jahren gehabt haben soll und welcher in den letzten 6 Monaten sehr zunahm. Frühere Geisteskrankheit, Krämpfe waren nicht vorhanden. Bei der Aufnahme bot sich folgender Status: Normale Temperatur; 68 Pulse, keine Lues. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Parese des linken Rectus internus. R. Pupille reagirt auf Licht und Accommodation, linke kaum. Links fast Amaurose. Beiderseits, links mehr, Opticusatrophie. Händedruck links schwächer als rechts, Facialis frei. Unsicherheit beim Gehen; Neigung, rückwärts zu fallen. Patellarreflexe beiderseits vorhanden, links stärker. Kein Fussclonus. Sensibilität überall gut. Keine Acromegalie. Nachdem einigemal Erbrechen aufgetreten war, starb der Mann am 16. Mai 1891. Die Section ergab eine Hypertrophie der Zirbeldrüse mit cystischer Degeneration und bedeutenden Druckerscheinungen auf die benachbarten Gehirntheile und Fernwirkung auf die Oberfläche des Grosshirns.

788. ***Ueber Magenerweiterung im Säuglingsalter.*** *Von **H. Herschel.** (Jahrb. f. Kinderhk. 1893. — Memorabilien. 1893. August.)*

Als ätiologisches Moment der Gastrectasien im kindlichen Alter werden angeführt: Mechanische Hindernisse (angeborene Pylorusstenosen, übermässige Füllung) und Atonie, bedingt durch Abnormitäten der Constitution und der Magengährung. Verf. be-



richtet über fünf Fälle von angeborener Pylorusstenose, wovon vier bei Geschwistern vorkamen. Die angeborene Pylorusstenose äussere sich schon sehr früh durch Erbrechen, meist unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme, schmerzhafte Sensationen, Obstipation, Aufstossen, Flatulenz und Atrophie, die zum Tode führt. Die anderweitig bedingten Gastrectasien verlaufen viel weniger stürmisch, im Ganzen aber unter ähnlichen Erscheinungen, am raschesten und deletärsten unter ihnen wirken die durch abnorme Magengährungen bedingten. Die ersten Vorboten der Gastrectasien bilden dyspeptische Zustände, hartnäckiges Erbrechen, meist mitten in der Magenverdauung, Vorwölbung der Magengegend, wenn der Meteorismus nicht zu stark ist, Plätschergeräusch. Die Feststellung der Magenausdehnung durch die Percussion stösst bei Säuglingen auf grosse Hindernisse, insbesondere wegen Schwierigkeiten der Abgrenzung derselben gegen das ausgedehnte Colon transversum. Am unbedenklichsten und sichersten dürfte dabei die Aufblasung des letzteren mit Luft oder Eingiessung von Wasser in den Magen als Behelf dienen. Das Plätschergeräusch hat einen diagnostischen Werth, wenn es bei entleertem Magen fehlt, bei gefülltem vorhanden ist, aber für sich allein ausschlaggebend ist es niemals. Die Gastrectasien der Säuglinge, wenn sie nicht durch Pylorusstenosen bedingt sind, heilen wohl alle, wenn nicht intercurrente Noxen, für welche sie sehr empfindlich sind, ihnen verhängnissvoll werden. Die beste Behandlungsmethode ist die Ausspülung mit der weichen Sonde, verbunden mit entsprechender Diät, insbesondere Vermeidung von Amylacea.

789. ***Ueber den Stoffwechsel bei Magenkranken und seine Ansprüche an die Therapie.*** *Von Prof. **Carl v. Noorden.** (Berliner Klinik. 1893. 55. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 33.)*

Fast alle Magenkrankheiten haben auf den Stoffwechsel einen nachtheiligen Einfluss, weil in den meisten Fällen die Nahrungsaufnahme beeinträchtigt ist. Es hat die Berücksichtigung des Stoffwechsels für die Behandlung der Magenkrankheiten deshalb auch eine praktische Bedeutung und es verlangt Verf., dass man die Magenkranken vor Allem ernähre. Auf Grund seiner Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schlusse, dass bei den gewöhnlichen Magenkrankheiten: chronischer Catarrh, Ulcus ventriculi, nervöse Dyspepsie in ihren vielen Formen, Ectasien ohne Carcinom ausschliesslich das jeweilige Mass der Unterernährung die Abweichung des Stoffwechsels von dem gesunden Verhalten vorschreibt. Dies müsse man bei der Ernährung berücksichtigen. Bei acuten Magenkrankheiten oder acuten Steigerungen chronischer Processe könne man allerdings den Magen durch Nahrungsbeschränkung schonen; aber bei längerer Dauer komme dabei der Gesammtorganismus herunter und man müsse daran gehen, die chronische Unterernährung zu beseitigen; sobald sich der Ernährungszustand des Gesammtorganismus hebt, wird der locale Process günstig beeinflusst. Die Gesammtnahrungszufuhr soll so weit gesteigert werden, dass etwa 35 Calorien pro Kilo beim bettruhenden und etwa 40 Calorien beim leicht beschäftigten Magenkranken erreicht werden. Nimmt man als Körpergewicht des herabgekommenen und auf Fleisch und Fett zu mästenden Magenkranken 50 Kgrm. an, so erheischen diese

eine Zufuhr von 1750 Calorien. Da ein Gramm Eiweiss einen Werth von 4·1, ein Gramm Fett von 9·3 und ein Gramm Kohlehydrat einen Werth von 4·1 Calorien darstellt, kann man leicht den in den aufgenommenen Nahrungsmitteln enthaltenen Gehalt an Eiweiss, Fett und Kohlehydrat finden, daraus die Gesammtmenge der zugeführten Calorien berechnen und die gefundenen Zahlen mit den normirten vergleichen. In jedem Falle, wo die Nahrungszufuhr auf Schwierigkeiten stösst, sei Bettruhe zu verlangen.

Die Nahrung muss gut zerkleinert gereicht werden. Da Fett hohe Calorien darstellt und dabei nicht voluminös ist, ist dasselbe bei der Ernährung von Magenkranken von grossem Werth. Fett wird gut vertragen, wenn es mit Kohlehydraten gemischt gegeben wird, ferner in der Milch, dann als Eidotter; gute Butter mit Cakes, Zwieback und feinem Weissbrod wird ohne Beschwerden von den Kranken genommen.

Bei ausschliesslicher Milchnahrung genügen 2$^{1}/_{2}$—3 Liter Milch im Tag; der Calorienwerth beträgt 1760. Verf. empfiehlt je nach den Verhältnissen ausschliessliche Milchnahrung mit Zusatz von Kohlehydraten in flüssiger Form, vorwiegende Milchdiät mit Zusatz von Kohlehydraten und Fett in Breiform und Suppen, Milchdiät mit festen, aber schlackenarmen Mehlspeisen und mit Fleischbrühe, Milch mit zartem Fleisch, festen Mehlspeisen, Butter. Suppen; reichlichere, wenig reizende Kost. Als Beispiele gibt Verf. folgende Speisezettel: Milch 1250. — Fleischbrühe mit Ei, 10 Grm. Butter, 50 Grm. feines Weizenbrod (geröstet oder eingeweicht). — Cakes 70 Grm., Butter 15 Grm., Suppe aus 30 Grm. Tapiokamehl. 1 Ei, 10 Grm. Butter. Als reichlichere, wenig reizende Kost empfiehlt Verf.: zartes Fleisch 250 Grm. — Cacao 20 Grm. — 3 Eier, — 100 Grm. Zwieback, — 100 Grm. feines Weizenbrod, — 50 Grm. Cakes, — 50 Grm. Butter, — 40 Grm. Tapiokamehl, — 20 Grm. Zucker, — 1250 Grm. Milch. Dieser Speisezettel enthält den hohen Werth von 2747 Calorien. Bezüglich der medicamentösen Therapie empfiehlt Verf. in Fällen von Subacidität kleine Gaben von Salzsäure, welche aber nicht nach, sondern $^{1}/_{4}$ Stunde vor dem Essen gegeben werden soll, und zwar weniger um das Eiweiss zu verdauen, als um den Appetit anzuregen. Zu gleichem Zwecke könnte man auch Amara anwenden.

790. ***Zur Kenntniss der Augensymptome bei Neurosen.*** *Von Dr. L. v. Frankl-Hochwart und Dr. Alfred Topolanski. (Deutschmann's Beitr. zur Augenhk. 1893. 11. Heft. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 32.)*

An der Hand eines bedeutenden Krankenmateriales, welches aus der Klinik *Nothnagel's* stammt, stellten die beiden Verff. Untersuchungen an über den Einfluss von Hysterie und Neurasthenie auf die Grösse des Gesichtsfeldes für Weiss und für Farben und auf die Herabsetzung des Licht- und Farbensinnes, welch letzterer sowohl mit Pigmenten als auch mittelst des von *Colardeau, Izarn* und *Chibret* angegebenen Chromatophotooptometers geprüft wurde. Es zeigte sich, dass die spontan auftretenden Neurosen sich gerade so wie die traumatischen verhalten. Während aber bei der Neurasthenie Gesichtsfeld, Luft- und Farbensinn fast durchwegs normal blieben, liessen sich bei der Hysterie drei



Gruppen unterscheiden: 1. Leichte Fälle ohne Sensibilitätsstörungen mit normalem Gesichtsfelde, Licht- und Farbensinn; 2. solche, wo trotz des Bestehens von Sensibilitätsstörungen Symptome von Seiten der Augen fehlen und 3. solche (schwere) Fälle, wo sich neben Störung der Sensibilität concentrische Einschränkung des Gesichtsfeldes mit Herabsetzung des Licht- und Farbensinnes combinirte. Es liess sich dabei beobachten, dass mit Besserungen und Verschlechterungen der Sensibilität auch die Grösse des Gesichtsfeldes, der Licht- und Farbensinn schwankte und bis zu einem gewissen Grade congruirte. Selten scheinen übernormale Gesichtsfelder und Hyperästhesie für Farben und Licht vorzukommen.

791. ***Ueber den submaxillaren Mumps.*** *Von Hofrath Dr.* ***Wertheimher.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 35.)*

Es ist eine bekannte Thatsache, dass bei der Parotitis epidemica häufig auch die anderen Speicheldrüsen, die Submaxillaris und Sublingualis (wie *Leube* vermuthet auch die Bauchspeicheldrüse) im Mitleidenschaft gezogen werden; meist aber bleibt auch in diesen Fällen die Parotidengeschwulst der hervorstechendste Zug im Krankheitsbilde. Es sind aber auch zahlreiche Mittheilungen über das ausschliessliche Befallenwerden der Submaxillaris durch den Infectionsstoff der Parotitis epidemica vorhanden, doch lassen unsere Lehrbücher sowohl der speciellen Pathologie, als auch der Kinderheilkunde den Gegenstand ganz unberührt oder deuten ihn nur flüchtig an. Unter den die Localisation betreffenden Anomalien des Mumps ist die Beschränkung auf die Unterkiefer-Speicheldrüse die vergleichsweise häufigste, während das alleinige Ergriffenwerden der Sublingualis zu den weit selteneren Vorkommnissen gehört; *Leitzen* sah unter 77 Fällen von Mumps 6 von alleiniger Erkrankung der Submaxillaris und nur 1 der Sublingualis. Als vereinzelte Ausnahmen stellen sich jene fragmentären Formen dar, wo — mit Umgehung sämmtlicher Speicheldrüsen — die Mumpsinfection sich durch nichts Anderes äussert, als durch entzündliche Schwellung der cervicalen Lymphdrüsen oder nur durch das Auftreten einer Orchitis. Von 3 einschlägigen Fällen, die Verf. in den letztverflossenen Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, theilt er einen Fall von submaxillarem Mumps bei einem $8^1/_2$jährigen Knaben mit (s. Orig.). Von Interesse in diesem Falle waren namentlich das hohe Fieber und die erheblichen Störungen des Allgemeinbefindens gegenüber der an sich nicht sehr bedeutenden Localaffection — ein weiterer Beweis dafür, dass auch bei dieser Infectionskrankheit die Heftigkeit der allgemeinen Reaction nicht sowohl von der Dignität des ergriffenen Organs und dem Grade der örtlichen Störung abhängig ist, als vielmehr von der Virulenz des inficirenden Agens und der individuellen Anlage des Kranken. Eine Verwechslung des selbstständig auftretenden submaxillaren Mumps mit Krankheitszuständen ähnlicher Art ist meist nur anfangs naheliegend. Man wird sich zunächst daran erinnern müssen, dass sympathische Schwellung der Submaxillaris und der ihr benachbarten Lymphdrüsen von allen entzündlichen und infectiösen Vorgängen in deren Quellgebiete ausgehen kann (so von Rachendiphtherie, phlegmonöser Angina, ulceröser Stomatitis, Eczem und



Herpes des Gesichts u. s. w.). Besondere Beachtung in differentiell-diagnostischer Hinsicht verdient auch die Periostitis des Unterkiefers, wie sie namentlich bei Kindern, die mit cariösen Zähnen behaftet sind, nicht selten beobachtet wird. In solchen Fällen bleibt die Geschwulst einseitig, ist von praller, derber Consistenz, dem Knochen fester anhaftend, die Haut darüber, stark gespannt und glänzend, beginnt alsbald sich zu röthen; auch zeigt die Geschwulst eine höher gesteigerte Druckempfindlichkeit als beim submaxillaren Mumps. Aehnlich verhält es sich bei der acuten Lymphadenitis, wobei die anfangs noch vereinzelt durchzufühlenden vergrösserten Drüschen erst nach und nach sich zu einer compacten schmerzhaften Masse zusammenballen. Die acute Phlegmone der Submaxillardrüse und des sie umgebenden Bindegewebes, die Angina Ludovici, die Actinomykosis etc. unterscheiden sich vom Anfang an durch die durch das starre Infiltrat bedingte Härte der Geschwulst und ihre viel grössere Schmerzhaftigkeit; im weiteren Verlaufe dieser in der Regel nur einseitig auftretenden Krankheitszustände ist eine Verwechslung mit dem submaxillaren Mumps ohnehin nicht mehr möglich.

Einen Fall von contagiöser Schwellung der Glandula submaxillaris während einer Parotitisepidemie theilt auch Dr. *Wacker* in der gleichen Nummer der Münchener med. Wochenschrift mit.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

792. ***Eine neue Methode zur Gewinnung des wirksamen Bestandtheiles aus der Schilddrüse für die Behandlung des Myxödems.*** *Von* ***E. White.*** *(Brit. med. Journ. 1893. Febr. — Therap. Monatsh. 1893. April.)*

Zur Gewinnung eines pulverförmigen und haltbaren Präparates wird mit Glycerin und Wasser zu gleichen Theilen aus den Drüsen ein Extract bereitet und dieses nach der Filtration mit Phosphorsäure angesäuert. Nach Zusatz von Calciumhydrat bis zur alkalischen Reaction wird wiederum filtrirt, der Niederschlag ausgewaschen und über Schwefelsäure in der Kälte getrocknet. Das so gewonnene Pulver ist in den von *Davies* mitgetheilten Fällen mit Erfolg per os gegeben; die Dosis betrug circa 18, wovon ungefähr ein Drittel aus organischer Substanz bestand. Da dies dieselbe Methode ist, die gewöhnlich zur Darstellung von Fermenten in Anwendung gebracht wird, so dürfte die Annahme, dass der wirksamste Bestandtheil der Schilddrüse dieser Gruppe angehört, weiter an Wahrscheinlichkeit gewinnen.

—r.

793. ***Ueber die Berechtigung und die Wirkung des Quecksilbers bei Tabes dorsalis.*** *Von* ***M. Dinkler.*** *Aus der medicinischen Klinik des Prof. Erb in Heidelberg. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 15—18. 20. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. August.)*

Verf. ist in der Lage, zur Entscheidung der Streitfrage über den Werth des Quecksilbers bei Tabes dorsalis über 71 Fälle aus der *Erb*'schen Klinik zu berichten, welche in den letzten 5 Jahren



mit Inunctionscuren behandelt worden sind. Es wurden je 3—5·0 Ung. cinereum 20—25mal hintereinander eingerieben, wobei auf sorgfältige Mundpflege, kräftige Diät, möglichste Ruhe gesehen und 1—3 warme Vollbäder wöchentlich verabreicht wurden. Wieviel Quecksilber Tabiker vertragen können, zeigt ein Fall, wo im Laufe von sechs Jahren circa 4000 Grm. Ung. hydrargyr. (auf eigene Faust) ohne schädliche Folgen eingerieben wurden. Verf. theilt sämmtliche Beobachtungen ausführlich mit und trennt dieselben in drei Gruppen: I. 58 Fälle, in welchen eine Besserung einzelner oder mehrerer Krankheitserscheinungen eingetreten ist; II. 11 Fälle, in welchen sich keine wesentlichen Aenderungen und III. 2 Fälle, in welchen sich eine Verschlimmerung herausgestellt hat. In diesen beiden Fällen trat 2, respective 7 Monate nach der Schmiercur der Exitus letalis ein; doch hat die Section des ersten durch den Befund einer diffusen syphilitischen Arterien- und Meningenerkrankung die Schmiercur als rationell und streng indicirt erwiesen, während beim zweiten das Vorhandensein schwerer cerebraler Symptome von vorneherein wenig Erfolg erwarten liess. Nach Verf. spricht die grosse Zahl von 58 Besserungen gegenüber den 11 Fällen, wo keine Wirkung beobachtet wurde, zweifellos dafür, dass ein günstiger Erfolg die Regel bildet. Die Parästhesien schwanden entweder gänzlich oder traten in grösseren Intervallen als früher auf oder zeigten eine Abnahme ihrer Intensität. Besonders wurden die lancinirenden Schmerzen in den Beinen gemildert oder gehoben, während die übrigen Krisen wenig beeinflusst wurden. Auch die Anästhesien und Analgesien erfuhren häufig eine Besserung. Die ataktischen Symptome wurden in einer grossen Reihe geringer, in mehreren schwand die Ataxie sogar völlig. Doch war ebenso wie bei den sensibeln Erscheinungen ein gewisser Wechsel zu constatiren, indem nach Monaten und Jahren die Erscheinungen sich wieder verschlimmerten. Wesentlich günstiger wurden die motorischen Störungen (von der leichten Ermüdbarkeit bis zur hochgradigen Parese) beeinflusst, auch bezüglich der Patellarreflexe trat in vielen Fällen eine Besserung ein. Bei den Störungen des Sehapparats ist besonders hervorzuheben, dass die tabische Sehnervenatrophie mehrfach günstig beeinflusst wurde; ein Patient, welcher geführt werden musste, wurde nach 56 Einreibungen so sicher, dass er schlittschuhlaufen konnte. Von Seiten der Blase, des Mastdarms und bezüglich der Potenz wurden gleichfalls vielfache Besserungen beobachtet. Dabei ist die Hebung des Allgemeinbefindens und die Zunahme des Körpergewichts (4—5 Kgrm in 1—1½ Monaten) bei der grossen Mehrzahl der Kranken zu betonen. Wenn auch die Besserungen meist nur vorübergehend waren, so weist Verf. darauf hin, dass im Allgemeinen Recidive bei der Syphilis nach energischen Schmiercuren (manchmal schon nach einigen Wochen) nicht selten sind; Verschlimmerungen der tabischen Symptome nach temporärer Besserung lassen nur die Fortsetzung der Hg-Cur indicirt erscheinen. Verf. kommt auf Grund seines Beobachtungsmaterials zu dem Schluss, dass das Quecksilber zwar keine Panacee für die Tabes dorsalis ist, dass aber die mercurielle Behandlung der Tabes auf Grund der ätiologischen, pathologisch-anatomischen und klinischen Forschung berechtigt ist,



dass sie ferner nicht nur keine schädlichen Folgen hat, sondern bei der Mehrzahl der Kranken zweifellose Besserungen herbeiführt.

794. ***Ueber die therapeutische Verwendbarkeit des Salophens.*** *Von Dr.* ***Carl Osswald.*** *Aus der med. Klinik des Professor Riegler in Giessen. (Deutsch. med. Wochenschr. 1893. 16.)*

Das Salophen ist nach seiner chemischen Constitution Acetylparaamidophenolsalicylsäureester, es ist eine dem Salol ähnliche Verbindung, welche bei der Spaltung im Organismus nicht die immerhin giftige Carbolsäure, sondern die verhältnissmässig weniger toxische Verbindung — Acetylparaamidophenol — abspaltet. Der Gehalt des Salophens an Salicylsäure beträgt 51%. *Guttmann* hatte mit 3—5 Grm. Salophen pro die bei acutem Gelenksrheumatismus mit hohem Fieber gute Erfolge erzielt. Verf. behandelte mit Salophen: acuten Gelenksrheumatismus (7 Fälle), chronischen Gelenksrheumatismus (2 Fälle), Neuralgien und schmerzhafte Affectionen (9 Fälle), antifebrile Wirkung (4 Fälle), antidiarrhoische an einem Fall, Darmtuberculose mit sehr häufigen diarrhoischen Entleerungen einen Fall; in den letzteren Fällen haben Dosen von 2 Grm. Salophen dreimal täglich ebenso prompt wie Darmatol die Durchfälle unterdrückt. Verf. fasst seine Ansicht dahin zusammen: Das Salophen ist ein Präparat, das unleugbar manche Vortheile vor den anderen bis jetzt bekannten Salicylsäurepräparaten besitzt; diese sind Geruch- und Geschmacklosigkeit, fehlende Hygroskopie, ferner ist es frei von üblen Nebenwirkungen bei Dosen von 8 Grm. pro die. Es hat geringere Wirkung als Natron salicylicum, weil es weniger Salicylsäure enthält. Man kann dem Mittel folgende Indicationen zuweisen: Es ist das Salophen mit Vortheil zu verwenden bei leichteren Formen von acutem Gelenkrheumatismus, ferner zur Abwechslung mit Natron salicylicum, wenn dies schlecht vertragen wurde. Bei Leuten, die Idiosyncrasie gegen Natron salicylicum haben oder einen empfindlichen Magen besitzen, überhaupt bei schwachen Individuen, wird man von vorneherein Salophen geben, aber mit dem Bewusstsein, dass es geringere Wirkung hat. Weiter empfiehlt sich seine Anwendung bei Neuralgien aller Art, besonders Cephalalgien, Hemicranien im Gefolge von Chlorose und Anämien. Für die schweren Fälle von acutem Gelenksrheumatismus wird das Natrium salicylicum seinen Platz behaupten.

795. ***Die Anwendung grosser Dosen von Bromiden bei Epilepsie.*** *Von* ***Ch. Féré.*** *(Revue de méd. 1893. 3. — Therap. Monatsh. 1893. Aug.)*

Verf. bringt neue Belege für seine frühere Behauptung, dass schwere Fälle von Epilepsie, welche nach kleinen Bromdosen keine nennenswerthe Besserung aufweisen, durch gesteigerte Bromgaben günstig beeinflusst werden, ohne dass der Organismus anderweitigen Schaden von dieser Cur erleidet. Von 20 Epileptikern, welche mehrere (2—6) Jahre mit Tagesdosen von 16—21 Grm. Bromkali, beziehungsweise Bromstrontium behandelt worden waren, erfuhren 11 eine dauernde Besserung (von 105 Anfällen pro Jahr herab bis auf 26), 7 eine vorübergehende. Nur 2 sind bislang gar nicht beeinflusst worden. Von diesen 20 Patienten hat nur einer einen beträchtlichen Verlust an Körpergewicht (circa 12 Kgrm.)



erlitten; in 9 Fällen war dieser Verlust wenig beträchtlich, vier Patienten erhielten ihr Anfangsgewicht, 6 haben sogar im Laufe der Behandlung zugenommen. Eine derartige Behandlung mit hohen Bromdosen darf man aber ungestraft nur bei sorgfältiger Beobachtung der Patienten wagen. Man hat die Patienten öfter im entkleideten Zustande auf das Verhalten ihrer Haut zu untersuchen und das Körpergewicht zu controliren. Tritt eine Hautaffection oder eine dauernde Gewichtsabnahme ein, so hat man mit grösster Sorgfalt über den Verdauungstractus zu wachen, namentlich wenn der Patient sich in einer physischen oder moralischen Depression befindet, im Besonderen, wenn die Temperatur niedrig ist. In solchen Fällen würden die Erscheinungen des Bromismus binnen Kurzem einen perniciösen Charakter annehmen. Man hat deshalb sofort das Medicament auszusetzen und seine Ausscheidung aus dem Organismus durch Abführmittel und subcutane Pilocarpininjectionen zu beschleunigen.

796. ***Ueber die Bedeutung der diphtheritischen Membranen in Bezug auf die Therapie.*** *Von Hofrath Dr. **M. J. Oertel.** (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 13—14. — Therap. Monatsh. 1893. Juli.)*

Bei sorgfältiger Beobachtung, besonders an ganz frischen Fällen von Rachendiphtherie, kann man klinisch zwei Arten der Pseudomembranen unterscheiden, die sowohl in der Art ihres Zustandekommens als auch ihrer Zusammensetzung verschieden sind. Die eine Art besteht vom Anfange an aus weisslichgelblichen, sich verbreiternden Auflagerungen auf der Schleimhaut, die sich leicht ohne Blutung und Verletzung der eigentlichen Schleimhaut abziehen lassen, und aus Epithelien, Leukocyten und grossen Haufen verschiedener Bacterien und Fibringerinnseln bestehen, während die zweite ihren Ausgang nimmt von der Tiefe des Schleimhautgewebes der Mucosa (die Schleimhautoberfläche ist zuerst intact und wird erst später mit dem Process hineingezogen) und zunächst durch die glänzende, unveränderte Schleimhaut hindurchschimmert; sie besteht aus Herden von zerfallenen Rundzellen, ohne dass sich Bacterien finden, in späteren Stadien wird der ganze Bezirk von gerinnungsfähiger Flüssigkeit infiltrirt; diese Membran kann nur unter stärkerer Blutung und Läsion der Schleimhaut entfernt werden. Es ist nun anzunehmen, dass die erste (unschädlichere) Art direct durch die Einwirkung der Bacterien entsteht, die andere (gefährlichere) indirect in das von den Bacillen auf der Oberfläche der inficirten Schleimhaut erzeugte und zur Resorption gelangte Gift, das Verf. als „Diphtherotoxin“ bezeichnet. Die Untersuchungen von *Middeldorpf* und *Goldmann,* welche den Entwicklungsgang bei der Bildung der secundären Membranen nicht beobachten konnten, hält Verf. nicht für geeignet, diese Frage überhaupt zu beleuchten, da sie mit der eigentlichen Diphtherie, der allgemeinen Infectionskrankheit, nichts zu thun haben, indem sie sich nur mit der experimentellen Darstellung eines künstlichen Croups durch Aetzammoniak in der Trachea von Kaninchen beschäftigen.

Die Therapie hat nun bei beiden Arten ganz verschieden einzugreifen. Die ersten, primär auf der Oberfläche



der Schleimhaut als das Product der directen Infection, der unmittelbaren Einwirkung der Bacillen entstehenden Pseudomembranen indiciren eine sorgfältige antiseptische Behandlung. Verf., Gurgelungen als ganz unzureichend, ebenso auch Pinselungen verwerfend, wendet nur zweistündliche Inhalationen von 2—5%iger Carbolsäurelösung an. Die zweite Art der Pseudomembranen, die secundär in Folge der Einwirkung des Diphtherotoxins entstehen, lässt sich direct überhaupt nicht behandeln, da das antiseptische Medicament diese in der Tiefe der Schleimhaut liegend gar nicht erreichen kann (jedoch ist auch hier gründliche Reinigung der Mund- und Rachenhöhle angezeigt). Nur wenn es in diesen dicken, schwartenartigen Auflagerungen zur Einnistung von septischen Bacterien und Zersetzungsvorgängen gekommen ist, dann ist vorsichtige Entfernung derselben mit dem Pinsel und Desinfection mit Carbolsäure indicirt. Aetzungen mit Argentum nitricum, Chromsäure, Eisenchlorid verwirft Verf. absolut. (Die Methylviolettbehandlung *Taube's* wird nicht berücksichtigt. Ref.) Nur Darreichung der Quecksilberpräparate, besonders des Hydrargyrum cyanatum, verdient einige Beachtung, ebenso die bisher nur experimentellen Versuche *Behring's*, der sogenannten Blutserumtherapie.

797. ***Ueber Behandlung der Bronchiectasie.*** *Von Prof.* ***Grainger Stewart.*** *(Brit. med. Journ. 1893. 3. Juni. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. IX.)*

Gegen die Zersetzung der Sputa bei Bronchiectasie hat Verf. in einem Falle, nachdem alle gewöhnlichen Mittel fehlgeschlagen haben, intratracheale Injectionen mit Menthol, Guajacol und Olivenöl versucht. Das Mengenverhältniss der Substanzen war folgendes: 10 Theile Menthol, 2 Theile Guajacol, 88 Theile Olivenöl; davon wurden täglich zweimal je 4 Grm. injicirt. Der Fötor verschwand rasch und war in einer Woche ganz geschwunden; alle Erscheinungen besserten sich. Wenn dieses Verfahren im Stiche lässt, empfiehlt Verf. die Eröffnung der Cavernen; er berichtet über einen Fall, in welchem die Operation mit günstigem Erfolge ausgeführt wurde.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

798. ***Ueber die Behandlung von Knochenbrüchen und schweren Erkrankungen der unteren Extremität im Umhergehen vermittelst einer Extensionsschiene.*** *Von* ***Dr. Liermann.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 32.)*

Die Versuche, Fracturen der unteren Extremitäten ambulant zu behandeln, hierbei insbesondere bei Oberschenkelfracturen gegen die drohende Verkürzung anzukämpfen, sind nicht neu. *Hausner* und insbesondere *Hessing* haben Apparate construirt, die für viele einschlägige Fälle sehr verwendbar sind. Verf. beschreibt nun einen neuen Schienenverband mit einfacherer Construction, der sich ihm gut bewährt hat. Die Extension wird an der mit einer Holzschiene für die innere Fläche des Ober- und einer für den Unterschenkel montirten Eisenschiene in der Weise geübt, dass dieselbe einerseits mit einem gepolsterten Halbringe am Sitzknorren sich an-



stemmt, während an einer den Fuss einschliessenden Camasche durch eine Schraube ein Zug mit beliebiger Energie gegen einen eisernen Steigbügel ausgeübt wird. Die Extremität wird, zuerst der Oberschenkel, nach geschehener Extension auch Unterschenkel und Fuss mit Stärkebinden an den Schienen befestigt. Soll der Patient herumgehen, wird ein in der Gegend des Kniegelenkes gelegenes Charnier durch Einschneiden der starren Ränder freigelegt. Durch den neuen Verband soll es gelingen, jeden wünschenswerthen Zug in gleichmässiger und schonender Weise auszuüben, den Patienten vor langem Bettliegen zu bewahren und dadurch der sonst gewöhnlich beobachteten Muskelatrophie und Gelenkssteifigkeit vorzubeugen. *Rochelt.*

799. ***Ueber die blutige Reposition von Luxationen.*** *Von Prof. Helferich, Greifswald. Vortrag im Greifswalder med. Verein, Juni 1893.*

Bei veralteten Luxationen wurde vielfach, wenn die Reposition nicht gelang, operativ vorgegangen. Verf. stellt nun den Satz auf, dass jede Luxation, auch wenn sie ganz kurz besteht, operirt werden muss, sobald es nicht gelingt, sie auf gewohntem Wege zu reponiren. Unter strenger Asepsis ist selbstverständlich der Eingriff, die Eröffnung des Gelenkes, Durchtrennung eines zwischen den Gelenksenden eingelagerten Kapselstranges etc. ungefährlich. Verf. ist in der Lage, zwei Fälle von blutig reponirten Ellbogenluxationen und einer ebenso behandelten Hüftgelenksluxation mit vorzüglichem, auch functionell vollauf befriedigendem Endresultate vorzuführen. *Rochelt.*

800. ***Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft.*** *Von Prof. R. Frommel. (Centralbl. f. Gynäkol. 1893. 16.)*

Die freie Base des Orexin wurde bei 4 jungen Frauen im Alter von 20—30 Jahren gegen Erbrechen versucht, in allen Fällen war die Wirkung eine prompte. Bei zweien hörte das Erbrechen nach nur zweitägigem Gebrauch des Mittels auf, auch bei den anderen liess das Erbrechen bald nach und blieb nach 14 Tagen ganz aus. Ein anderer Fall, von Dr. *Gessner* mit Orexin behandelt, zeigte denselben raschen Erfolg, trotzdem die Frau durch das viele Erbrechen schon sehr heruntergekommen war. Die Dosirung der Orexinbase ist 0·3 pro dosi, die Verabreichung geschieht 2—3mal täglich in Oblaten oder Gelatinkapseln. *—r.*

801. ***Zur Unterbindung und Resection der Art. vertebr. und Resection des Halssympathicus bei genuiner Epilepsie.*** *Von Dr. R. Baracz, Lemberg. (Przegląd lekarska. 1893. 21—24. — Med.-chir. Centralbl. 1893. 32.)*

Nach einer historisch-kritischen Einleitung beschreibt Verf. zwei von ihm selbst operirte Fälle und gelangt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei der *Jackson*'schen Epilepsie ist Trepanation, Blosslegung der Dura mater und Entfernung der epileptogenen Zone der Hirnrinde indicirt. 2. Die chirurgischen Eingriffe sind bei der genuinen Epilepsie nur in frischen Fällen gerechtfertigt. 3. Bei der genuinen Epilepsie ist die Trepanation dann angezeigt, wenn es sich um eine Parese gewisser Muskelgruppen handelt, oder wenn Krämpfe in denselben den allgemeinen Krämpfen vor-



angehen. 4. In jedem Falle von einem Trauma am Schädel und Depression des Knochens ist so rasch als möglich zur Operation zu schreiten. 5. Alle Versuche an den Art. carot. und vertebr. sind aufzugeben. 6. Auch von den Impfungen mit der Lyssalymphe und Nervensubstanz ist nichts zu erwarten. Eine vorübergehende Besserung ist dem psychischen Effect zuzuschreiben. 7. In frischen Fällen von gemeiner Epilepsie, in denen die Krämpfe sofort am ganzen Körper auftreten, und in denen keine locale Ursache nachgewiesen werden kann, würde es sich empfehlen, die Resection des oberen Geflechtes des Halssympathicus nach *Alexander* vorzunehmen. Statt dessen könnte man es auch in der vom Verf. beschriebenen Weise mit einer ausgiebigeren Resection der Pars cervicalis N. sympathici auf beiden Seiten versuchen. Es wären dann aber alle drei Ganglien zu entfernen. Den Effect dieser Operation erklärt sich der Verf. so, dass in den Fällen, in welchen es sich um eine Reflexepilepsie handelt, durch die Resection der Sympathicusgeflechte die Bahnen für die Fortleitung der unbekannten peripheren Reize, welche die Gehirnrinde in einen Zustand der permanenten Reizung versetzen, unterbrochen werden.

802. ***Zur Technik der Uterustamponade mit Gaze.*** *Von Prof. **F. A. Kehrer.** (Centralbl. f. Gyn. 1893. 18. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. IX.)*

Die von *Fritsch* und Anderen empfohlene Ausstopfung des Halscanals, eventuell der Gebärmutter mit Jodoformgaze dient entweder zur Erweiterung des Mutterhalses, oder zur Blutstillung, oder auch als Drainage zur Abfuhr pathologischer Secrete. Zuweilen benützt man die Tamponade noch, um Wehen zu erregen. Bei der Erweiterung des Mutterhalses wirkt die Gaze mechanisch durch den Reiz eines Fremdkörpers, sowie durch excentrischen Druck. Das Collum wird aufgelockert, hyperämisch; nach Durchtränkung der Gaze mit Blut und den uterinen Secreten wirkt sie auch durch Druck. Man benützt die Gaze, um Abort oder Frühgeburt einzuleiten oder um einen engen Cervixcanal rascher zu eröffnen. Ausserdem dient die Tamponade zu gynäkologischen Zwecken, um den Cervicalcanal für den untersuchenden Finger oder für die Intrauterintherapie vorzubereiten. Da die Gaze nicht nur dilatirt, sondern auch drainirt, ist sie in Bezug auf Desinfection sicherer als der Quellstift. Bei der Blutstillung wirkt die Gaze als verschliessender Pfropf und wird bei einfachen Menorrhagien, bei Blutungen durch Neoplasmen, zur Blutstillung nach Auskratzen, Discission und Scarification, endlich bei Aborten in der Eröffnungsperiode und bei Wochenbettblutungen benützt. Tamponirt man auch den ganzen Uterus, so ist dies ein verlässliches Mittel gegen atonische Blutungen in der Nachgeburtszeit. Als Drainage dient die Tamponade zur Austrocknung und Desinfection der Uterushöhle. Der momentane Effect ist stets auffällig, ob auch Dauererfolge zu erwarten sind, muss erst weitere Erfahrung zeigen. Die in der gewöhnlichen Weise ausgeführte Tamponade hat verschiedene Schwierigkeiten zu umgehen. Das vordere Gazeende ist schwer einzuführen; die zum Ausstopfen benützte Sonde zieht mit ihrem Knopf die eingestopfte Gaze wieder heraus; auch wird durch die Gaze der Muttermund so verdeckt, dass man ihn

während der Manipulation nicht sieht; endlich wird die Gaze beim Einführen durch Abstreifen der Scheidenwand leicht verunreinigt. Diesen Uebelständen weicht man aus, wenn man den vom Verf. angegebenen „Gazetrichter" benützt. Eine 18 Cm. lange Glasröhre communicirt mit einer zweiten, kürzeren Glasröhre, welche in die erste im spitzen Winkel eingesetzt ist und eine Trichtermündung hat. Als Stopfer dient ein 26 Cm. langer eiserner Stab. Das Verfahren geschieht in folgender Weise: Die Frau wird in die Seitenlage gebracht, ein Rinnenspiegel eingeführt, Vagina und Portio gut desinficirt, die vordere Lippe angehakt und herabgezogen. Nachdem der Weg durch die Sonde ermittelt ist, führt man die Gaze ein. Diese ist als Streifen der Länge nach zusammengerollt mit dem Stopfer durch Trichter und Seitenröhre in die Hauptröhre geschoben, so dass das freie Ende 1 Cm. weit aus der Mündung herausragt. Das Endstück rollt man fester zusammen, um es leichter in den Halscanal einzuführen. Man hält den Trichter zwischen Daumen und Zeigefinger der Linken, bringt das Ende des Streifens in den Muttermund, setzt das vordere Ende der Röhre fest auf letzteren und drückt nun mit dem in die Hauptröhre eingeführten Stopfer die Gaze in den Halscanal, eventuell unter Spiralbewegungen. So stopft man alle freien Räume des Halscanals aus; dann wird Portio und Vagina mit Jodoform bestäubt. Das handlange freie Gazeende wird mit einer Kornzange gefasst und unter den Kreisfaden der Watterolle, mit welcher die Scheide zu tamponiren ist, geschoben, so dass bei Entfernung des Wattetampons auch der Gazestreifen mit herausgeholt wird. Um Wehen zu erregen, durchtränkt man durch Eingiessen in den Trichter und in das Ende der Hauptröhre die Gaze mit Glycerin.

803. ***Placentarretention, deren Aetiologie, Verhütung und Therapie.*** *Von Dr.* ***Schrader.*** *(Centralbl. f. Gyn. 1893. 16.)*

Nach Verf. sind alle Placentarretentionen aus der zweiten Hälfte der Schwangerschaft lediglich auf Störungen des normalen Mechanismus der Nachgeburtsperiode zurückzuführen, sie werden niemals durch abnorme Adhärenzen bedingt. Das Nachgeburtsgeschäft beginnt erst nach völligem Austritt der Frucht aus dem Uterus. Zuerst hebt sich die Mitte der Placenta ab, hier sammelt sich das retroplacentare Hämatom an. Mit jeder weiteren Wehe nimmt das Abgelöste gegen die Peripherie an Umfang zu, wobei sich in der Placenta eine Querfalte bildet und sich allmälig umstülpt, indem sie sich mit ihrer Mitte in die Eihäute hineinsenkt. Seltener bleibt die Umstülpung aus. Wird zu der Zeit, wenn die Placenta in ihrer Mitte bereits abgehoben ist, oben und unten aber noch festhaftet, der weitere Mechanismus durch Lösung des unteren Randes gestört, so ist damit die erste Bedingung zur Retention gegeben. Die Wehenkraft genügt nicht mehr, den oberen Rand zu lösen. Diese Störung kann noch durch die Schwere der Placenta und den daraus folgenden Zug, eventuell durch äusseren Druck behoben werden. Dies kommt bei sehr derbem Fruchtkuchen mit fehlender oder geringer Lappung vor. Dünngestielte Cotyledonen reissen aber ab und bleiben zurück. Geschieht Letzteres nicht, so wird der Uterus wegen der stärkeren Blutung energischer gerieben, sein musculöser Theil umfasst die Placenta und nun be-



steht eine wirkliche Retention. War dabei die Placenta schon zum Theil aus dem musculösen Uterusabschnitt heraus, so ist sie sanduhrförmig eingeschnürt: eine „Placenta captiva". Spontane Lösung durch Wehenthätigkeit ist jetzt unmöglich. Eine zweite Ursache der Retention besteht darin, dass die centrale Lösung ausbleibt, damit auch die übrige Ablösung, trotz guter Contraction des Uterus. Verf. beobachtete dies zweimal bei Zangenextraction. Jedesmal war der Uterus gross und mässig, so dass eine genügende Verkleinerung der Placentarstelle trotz guter Wehenthätigkeit nicht erfolgen konnte. Auch bei Myomen mag die Placentarretention so zu erklären sein. Prophylactisch ist Alles zu vermeiden, was eine vorzeitige Eröffnung des retroplacentaren Hohlraumes von unten her verursachen könnte. So das Betasten, Drücken des Uterus vor völliger Loslösung der Placenta (etwa 20—30 Minuten post partum); zu frühe Expressionsversuche; Zerrung am Nabelstrange, zumal beim Abnabeln. Die Expressio placentae soll ohne besondere Indication (Blutung) nicht vor $^3/_4$ Stunden vorgenommen werden, bis dahin bleibt der Uterus sich selbst überlassen. Ist aber Retention der Placenta vorhanden, so hat man von einer weiteren Wehenthätigkeit nichts zu erhoffen. Eine „Placentitis adhaesiva" existirt nicht. Fühlt man bindegewebige Stränge, so sind die Fingerspitzen in das Placentargewebe hineingerathen, statt in der Trennungsschichte zwischen Placenta und Uterus vorzudringen. Manuell gelöste Placenten sind in der Regel auffällig weich und lappig, aber nicht bindegewebig entartet. Beim Lostrennen sollen die Fingerspitzen stets mehr gegen die Uteruswand gerichtet sein, während die äussere Hand die Gebärmutterwand in geeigneter Weise entgegendrückt. An der Stelle, wo noch die Placenta haftet, ist die Wand um diese Zeit fast gar nicht verdickt, so dass die Controle leicht möglich ist. Sobald man Bindegewebsstränge fühlt, ist man in eine falsche Richtung gerathen. Erst wenn die Placenta ganz gelöst ist, wird sie in toto entfernt. Die auf solche Weise gelöste Placenta lässt auch gleich erkennen, ob ein Theil fehlt.

804. ***Ueber einen Fall von Geburtshinderniss, bedingt durch hochgradige Erweiterung der fötalen Harnblase.*** *Von **Gustav Schwyzer**, Zürich. (Arch. f. Gyn. Bd. XLIII. Heft 2, pag. 333.)*

Auf der Züricher geburtshilflichen Klinik wurde folgender Fall beobachtet. Eine 36jährige Sechstgebärende, die sich in der 32. Graviditätswoche befand, fing zu kreissen an, doch hörten die Wehen bei ihr bald wieder auf. Die Wässer sollen frühzeitig abgegangen sein, doch soll deren Menge nur eine geringe gewesen sein. Bei der Untersuchung fand man den Unterleib sehr stark ausgedehnt, ohne dass man die Fruchttheile genau durchfühlen konnte. Die Frucht lebte. Die innere Untersuchung ergab, dass ein kleiner Kopf in der zweiten Stirnlage vorlag, eine starke Kopfgeschwulst da war und dass die Wässer abgeflossen waren. Der Muttermund war nahezu verstrichen. Das Becken war normal. Aus der Anamnese ergab sich, dass sich der Unterleib angeblich innerhalb der letzten 3 Wochen stark ausgedehnt haben soll. Da die Wehen über 48 Stunden cessirt hatten und die Frau über



starke Abdominalschmerzen klagte, so wurde in der Narkose und bei abgestorbener Frucht der Forceps angelegt. Bei den Zangentractionen barst die Kopfgeschwulst, doch rückte der Kopf nicht vor. Schliesslich kam die Zange mit dem abgerissenen Kopf hervor. Es wurde versucht, die Frucht an dem einen erfassten Arme zu extrahiren, doch auch dies misslang. Der Arm mit der Scapula wurde herausgerissen, die Frucht aber rückte nicht vor. Nun wurde die Hand in den Uterus eingeführt und fand man den als fluctuirende Blase sich präsentirenden, stark ausgedehnten Rumpf. Es wurde der Finger durch die ödematösen Bauchdecken in die Abdominalhöhle hineingebohrt, worauf sich etwas blutig-seröse Flüssigkeit entleerte. Man gelangte nun auf eine zweite Blase, die den Unterleib stark ausdehnte. Auch diese wurde mit dem Finger durchstossen, wobei sich $6^1/_2$ Liter einer klaren Flüssigkeit entleerten. Hierauf gelang die Extraction der Frucht ganz leicht. Nach spontanem Abgange der Placenta trat eine atonische Nachblutung ein, die aber nach Ergotin und einer Injection heisser Sublimatlösung stand. Die Frau machte ein normales Puerperium durch. Die Frucht, 32 Cm. lang, stammte aus dem 7. Graviditätsmonat. Ihr Unterleibsumfang betrug 66 Cm. Ausser einer Nabelhernie, einer Phimosis, einer Imperforation der Glans und beiderseitigen Kryptorchismus fand sich die Blase sehr bedeutend — bis zum Nabel hin — ausgedehnt. Nach unten zu erstreckte sich die Urethra nur einige wenige Millimeter hin, dann endete sie blind. Nebenbei waren die Ureteren stark dilatirt. Ausserdem fand sich eine feine Communication zwischen Colon und Blase. Bisher sind in der Literatur, abgesehen von diesem, nur 12 Fälle bekannt, in denen in Folge von Atresie der Urethra die Blase so ausgedehnt war, dass dadurch ein Geburtshinderniss schwerer Art hervorgerufen wurde. Bei der Leitung der Geburt wurden einige Fehler begangen. Der Umstand, dass der auffallend kleine Kopf nicht herabrückte und dabei der Unterleib stark ausgedehnt war, hätte jedenfalls als Fingerzeig dienen sollen, eine genaue innere Untersuchung mit der halben oder gar mit der ganzen Hand vorzunehmen. Wäre dies geschehen, so wäre die exorbitante Ausdehnung des Unterleibes, die das Geburtshinderniss bildete, bei Zeiten erkannt worden und wäre es nicht zum Abreissen des Kopfes und des einen Armes gekommen. *Kleinwächter.*

---

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

805. ***Ueber parenchymatöse Injectionen bei Tonsillenerkrankungen.*** *Von Dr.* ***R. W. Raudnitz.*** *(Prager med. Wochenschr. 1893. 19. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. IX.)*

Verf. hat Tonsillarinjectionen ausser bei sogenannter Scharlachdiphtherie auch bei lacunären, diphtheroiden und wirklich diphtheritischen Anginen angewendet. Die Injectionen von Carbolwasser werden bei der Scharlachdiphtherie dreimal täglich mit der *Taube*'schen Spritze vorgenommen, und zwar unter Mithilfe der *O'Dwyer*'schen Mundsperre, wobei der Zeigefinger der linken Hand die Zunge niederdrückt. Es hatte *Filatow* im Jahre 1887 eine eigenthümliche, auch fieberhafte, acute, idiopathische Anschwel-



lung der Lymphdrüsen unter dem Namen Drüsenfieber beschrieben, bei welcher das Fieber 5—10 Tage, die Drüsenanschwellung 2 bis 3 Wochen dauerte und wobei eine auf die Drüsenanschwellung zu beziehende Localerkrankung im Munde, Rachen oder in der Nase nicht auffindbar sein sollte. Verf. hat aber in 8 (von 10) solchen Fällen eine Localerkrankung an den Tonsillen finden können und glaubt damit die Besonderheit der *Filatow*'schen Krankheit in Frage gestellt zu haben. Wohl haben *Emil Pfeiffer* und Andere der *Filatow*schen Krankheit analoge Beobachtungen publicirt, aber die Idiopathie der Drüsenerkrankung wurde immer zweifelhafter.

Die Beobachtung solcher wiederholter Anfälle von Drüsenfieber an einem 6½ Jahre alten Knaben, bei welchem fast immer eine deutliche Erkrankung an den Tonsillen mit und ohne Belägen nachgewiesen werden konnte, veranlasste Verf., bei einem solchen Anfalle in beide Tonsillen theils Aq. chlori, theils 1%iges Carbolwasser einzuspritzen, wonach die Tonsillen sofort wieder abschwollen und wiederholte diese Injectionen bei drei nachfolgenden Anfällen immer mit Erfolg. Bei Anwendung des Mittels gegen diphtheroide Anginen mit länger dauerndem Fieber, Otitis media und Bronchitis, wobei immer Carbolwasser zur Anwendung kamen, hat Verf. den Eindruck bekommen, dass es rationell sei, solche Injectionen zu versuchen. Geschadet hat er damit niemals. Gegen echte Diphtherie hat Verf. Injectionen mit unverdünntem Chlorwasser *(Seibert)* gemacht, auch hier kann er vorerst nur sagen, dass diese Injectionen nicht geschadet haben und dass die bisherigen Erfahrungen zur Fortsetzung der Versuche aufmuntern.

806. ***Eine Tonsilla pendula, combinirt mit Perforation des hinteren Gaumenbogens.*** *Von Dr. L. Réthi, Wien. (Wiener med. Blätter. 1893. 14. — Deutsche med. Ztg. 1893. 56.)*

Bisher sind nur 6 Fälle von pendelnder Tonsille beobachtet worden. Verf.'s Fall betraf einen 35jährigen Mann, der in seiner Kindheit oft an Halsentzündung und an öfter auftretenden Anfällen von Krampfhusten litt. Bei der Untersuchung zeigte sich die Kehlkopfschleimhaut etwas geröthet, die rechte Tonsille war etwas vorspringend, die linke kleiner als diese und vom linken Arcus palato-pharyngeus ging hoch oben von der vorderen Fläche desselben, 0·5 Cm. unterhalb der Vereinigungsstelle der beiden Gaumenbögen, ein dünner Stiel von der Farbe der letzteren ab; er legte sich dem hinteren Gaumenbogen fest an und endigte in einem haselnussgrossen Tumor, der in den laryngealen Theil des Rachens herabhing, den linken Rand der Epiglottis nahezu erreichte und das Aussehen einer mässig zerklüfteten, gefurchten und mit kleinen Spalten und Oeffnungen versehenen Gaumenmandel darbot. Der vorliegende Fall ist von besonderem Interesse, weil die Tonsilla pendula mit einem angeborenen Defect, einer Perforation des hinteren Gaumenbogens, und zwar derselben Seite, combinirt war. Es befand sich hierselbst eine dem freien Rande des Gaumenbogens parallele, schlitzförmige Oeffnung, die knapp hinter der Ansatzstelle des Stieles der pendelnden Tonsille begann und in einer Länge von 1·5 Cm. nach unten verlief. Der Rand der Oeffnung war glatt, gleichmässig und nirgends war eine Narbe zu sehen, so dass ein angeborener Defect angenommen werden musste. Der



Schlingact wurde weder durch die pendelnde Tonsille, noch durch den Gaumendefect irgendwie beeinträchtigt. Was die Hustenanfälle anlangt, so musste angenommen werden, dass dieselben durch die pendelnde Geschwulst und durch den Reiz ausgelöst wurden, welche dieselbe auf den Rand der Epiglottis ausüben konnte. Die Entfernung der Geschwulst geschah in der Weise, dass dieselbe mit einer Zange gefasst und der Stiel mit der Scheere durchschnitten wurde, wobei eine starke Blutung entstand. Die Untersuchung des Tumors ergab einfaches Tonsillargewebe mit eingelagerten Follikeln. Bis jetzt, zwei Jahre nach der Operation, hat sich kein Krampfhustenanfall mehr eingestellt.

807. ***Fall von echtem Adenom des Larynx.*** *Von* ***Schmiegelow,*** *Kopenhagen. (Revue de laryngologie et d'otologie 1893. 22. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 29.)*

Der seltene Fall betraf eine 46jährige Frau, sonst anscheinend gesund, welche ohne nachweisbare Ursache im Juli 1887 heiser zu werden begann; die Heiserkeit wurde nie stark. Es waren weder Schmerzen, noch Beschwerden beim Schlucken oder Blutungen vorhanden. Am 15. December 1887 entdeckte der behandelnde Arzt ein Neoplasma an der rechten Seite des Kehlkopfes. Am 2. Februar 1888 wurde die Kranke zu Verf. geschickt, welcher fand, dass das ganze rechte Taschenband der Sitz einer ziemlich grossen, unregelmässigen Vegetation war, welche hier und da eiterig belegt schien. Am 4. Februar 1888 wurden nach vorausgeschickter Tracheotomie und Laryngofissur das Perichondrium und die Muskeln von der rechten Hälfte des Schilddrüsenknorpels stumpf abgelöst und die ganze Hälfte des Thyreoid- und Arytänoidknorpels, sowie der grössere Theil der Interarytänoidfalte mit einer krummen Scheere entfernt. Die mikroskopische Untersuchung des Neoplasmas zeigte, dass es ein typisches Adenom sei. Kein locales Recidiv bis zu dem Ende des Jahres 1889, wahrscheinlich durch einen Krebs des Magens erfolgten Tode.

808. ***Zur Temperatur-Topographie des Auges und über warme und kalte Umschläge.*** *Von Dr.* ***Silex,*** *Berlin. (Arch. f. Augenhk. 1893. XXII. 2. — Schmidt's Jahrb. 1893. VIII.)*

Die Untersuchungen wurden etwas abweichend von dem von ***Michel*** vor einigen Jahren veröffentlichten Verfahren so angestellt, dass bei den Thieren eine Elektrode in das Rectum, bei den Menschen in den Mund, die andere in das Auge geführt wurde. Die Befunde sind ziemlich schwankend. Beim Kaninchen beträgt die Rectumtemperatur im Durchschnitt 38°, beim Hunde 39·2°, beim Menschen im Munde über der Zunge 36·9°. In den vorderen Hornhautlamellen des Hundes ist die Temperatur 28·9°, in den tieferen 29·58°, in der vorderen Kammer 34·49° mit Steigerung beim Nähern der Nadel zur Irisoberfläche, an der Irisoberfläche 36·77°, in der Linse 36·55, im Glaskörpercentrum 36·06 und einige Zehntelgrad mehr bei Annäherung der Elektrode an die Wände des Augapfels, im Orbitaltrichter 39·3°. Alles bei Rectumtemperatur von 40°. Wir können die Zahlen für Kaninchen weglassen; für Hunde und Kaninchen gilt im Allgemeinen, dass der Bindehautsack 2°, die Hornhautlamellen 10°, die vordere Kammer 6°, die Linse 3°, das Irisgewebe 0·36° und die Glaskörpermitte 4°





kühler sind als die jeweilige Rectumtemperatur. Beim Menschen war die untere Uebergangsfalte 2° kühler. Bei allen entzündlichen Leiden war die Temperatur im Vergleich mit der des gesunden Auges erhöht, so bei Conj. acut. catarrh. um 0·93°, bei Episcleritis um 0·49°, Kalkätzung der Hornhaut 1·29°, Narbenkeratitis mit Hypopyon 1·45°, Ulcus corneae bei gonorrhoischer Blennorrhoe 0·8°. Glaucoma absolutum mit Hypopyonkeratitis 0·56°, Blennorrhoe des Thränensackes 0·58°, Irido-Choroiditis acuta mit Schwartenbildung im Glaskörper 1·18 und am meisten bei Iritis acuta, um 1·56°. Wurden bei gonorrhoischer Conj., Ulcus corneae Eiscompressen gut ausgedrückt 10 Minuten aufgelegt, so stieg die Temperatur in der unteren Uebergangsfalte um 2·24°. Gut ausgedrückte Compressen von 40°, 10 Minuten lang, verminderten bei Iritis die Temperatur um 0·95°; feuchter Sublimatverband bei Glaucoma absolutum nach 2 Stunden um 2·12°, und weitere warme Umschläge von 38° $^1/_4$ Stunde lang noch um 0·03°. Wurde in den Bindehautsack erst Cocain eingeträufelt, so trat nach kalten Umschlägen keine Temperaturerhöhung ein; die Gefässe sind durch Cocain contrahirt. Mit diesen Messungen am Auge stimmten auch die nach kalten oder warmen Umschlägen überein. Wir machen also durch die gewöhnliche Verordnung von Umschlägen 3mal täglich $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde bei kalten Umschlägen eine Temperaturerhöhung dadurch, dass die Blutgefässe verengt, die Blutmasse nach dem Centrum gedrängt, die Wärmeabgabe bei reflectorisch erhöhter Wärmeproduction vermindert wird; umgekehrt bei warmen Umschlägen. Durch Beides wird der Stoffwechsel und ein Ausgleich zu normalen Verhältnissen angeregt. (Nach Ref. *Lamhofer* überlässt man am besten die Wahl der Temperatur der Ueberschläge dem Gefühl des Patienten und besteht nicht starr auf Eis- oder heissen Breiumschlag.)

809. ***Ueber die Behandlung der Blepharitis ciliaris durch Sublimatglycerin.*** *Von Borno. (La semaine méd. 1893. — Allg. med. Central-Ztg. 1893.)*

Verf. empfiehlt auf Grund der Erfahrungen an der Klinik von *Despagnet* zu Paris als bestes Mittel gegen Blepharitis das Sublimatglycerin. Die Behandlung besteht darin, dass man mit Hilfe eines kleinen Pinsels Einpinselung der Basis der Lidränder macht, und zwar an der der äusseren Haut zugewendeten Seite. Man benutzt hierzu 2 Sublimatglycerinlösungen, und zwar eine 3%ige und eine 1%ige. Die erste wird alle 48 Stunden vom Arzte selbst applicirt. Der freie Lidrand muss vorher sorgfältig von Krusten und erkrankten Cilien befreit werden. Der Ueberschuss der Lösung wird mit Hilfe hydrophiler Watte entfernt. Dringen geringe Mengen von Flüssigkeit in's Auge, so entsteht das Gefühl leichten Brennens, indessen verschwindet dasselbe durch Application geringer Mengen kalten Wassers. Mit der 1%igen Lösung pinselt sich der Patient selbst täglich einmal in ähnlicher Weise die Augenlider aus. Die Besserung ist bereits nach Ablauf der ersten Behandlungswoche deutlich. Heilung gewöhnlich nach Ablauf von 2 Monaten spätestens, selbst in Fällen von sehr veralteter Blepharitis, bei denen es schon zur Verdickung des freien Lidrandes gekommen ist.



# Dermatologie und Syphilis.

810. ***Disseminirte, parasitäre Perifolliculitis.*** *Von Ohmann-Dumesnil. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XIII, 8, pag. 319.)*

Eine distinct umschriebene Erkrankung der behaarten Haut, welche sich dem Verf. nur bei erwachsenen Personen männlichen Geschlechtes bisher zeigte und am häufigsten die Vorderflächen der Ober- und Unterschenkel, die Achselhöhle und die Dorsalfläche der Hände befiel, wird von ihm als disseminirte parasitäre Perifolliculitis beschrieben, weil sie auf behaarter Haut, gebunden an den folliculären Apparat derselben, in einzelnen Flecken sich ausbildet, welche sich rasch in Pusteln umwandeln, und weil die ersteren durch Autoinoculation, durch Kratzen, an denselben Individuen mit grosser Regelmässigkeit sich vermehren. Jede einzelne Efflorescenz, deren eiteriges Stadium sehr rasch einzutreten pflegt, ist von einem gröberen Haare durchbohrt. Im Gesicht, auf Kopfhaut und Schamgegend hat der Verf. die Affection nie gesehen. Die Eiteransammlung hat weniger die Tendenz, die das Haar umgebenden epidermoidalen Deckschichten hoch zu heben und zu durchbrechen, als in horizontaler Richtung sich zu verbreiten. Haare und Haarzwiebel ergab die mikroskopische Untersuchung als durchaus intact wieder. Die Affection juckt stark, sie macht zumeist den Eindruck eines pustulösen Ausschlages und kann zu mancherlei Reizsymptomen führen. Die Behandlung hat im Anstechen und in der Entleerung der Pusteln zu bestehen; eine weitere Behandlung mit Carbolcampher oder mit Sublimatlösungen führt in der Regel schnell die Heilung herbei.

811. ***Ueber intravenöse Sublimatinjectionen bei Syphilis.*** *Von Baccelli. (Semaine méd. 1893. 45.)*

Verf. erzielte in zwei Fällen von cerebraler Syphilis, welche trotz wiederholter Quecksilbercuren immer wieder recidivirten, durch intravenöse Sublimatinjectionen ausgezeichnete Resultate Die Concentration der angewandten Lösung betrug 1⁰/₀₀. Auch aus zwei Beobachtungen von *Jemma* in Genua geht gleichfalls hervor, dass in Fällen von schwerer Syphilis, sowie in Fällen veralteter Lues, besonders dort, wo es sich um schwere Anämie und Drüseninfection handelt, diese Injection eine überraschende Wirkung besitzt. *Jemma* hat übrigens diese Injectionen nicht allein bei Syphilis, sondern auch bei anderen Infectionskrankheiten angewandt, so bei Abdominaltyphus, bei acutem Gelenkrheumatismus, Erysipel und Tuberculose. Bei Typhus scheinen die Injectionen eine günstige Einwirkung auf den allgemeinen Krankheitszustand zu besitzen, ohne indessen die Temperatur zu beeinflussen, dagegen hat sich die absolute Unschädlichkeit der Injectionen herausgestellt. Dieselben wurden mittelst der Pravazspritze in eine der oberflächlichen Hautvenen ausgeführt. Behufs Herstellung der Sublimatlösung bedient man sich destillirten, sterilisirten und wiederholt filtrirten Wassers. Man begann mit Dosen von 1 Mgrm. und stieg allmälig bis zu 4 Mgrm. Abgesehen von einer ziemlich deutlich auftretenden Salivation, welche sich bereits wenige Minuten nach der Injection einstellte, traten sonstige Intoxicationserscheinungen niemals bei den Patienten *Jemma's* auf, die Injectionen

waren nicht schmerzhaft, was sie vortheilhaft von den subcutanen und intramusculären Quecksilberinjectionen unterscheidet.

812. ***Ueber die therapeutische Wirkung des Thiols in der Behandlung von Hautkrankheiten.*** *Von Dr. M. Laughin. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 55.)*

Das Thiol wird in der Weise gewonnen, das ungesättigte Kohlenwasserstoffe aus sogenanntem Gasöl zunächst durch Erhitzen mit Schwefel sulfusirt und das so erhaltene geschwefelte Product durch Einwirkung von concentrirter Schwefelsäure sulfonirt, also in löslichen Zustand übergeführt wird. Das gereinigte und von überschüssiger Säure und von unveränderten Kohlenwasserstoffen befreite Product kommt entweder als eine wässerige Lösung (30% Thiol) oder vollkommen trocken (Thiolum liquidum et siccum) in Gebrauch. Der Arzneikörper ist von dunkelbrauner Farbe, angenehmem Geruch, neutraler Reaction; er hat ein specifisches Gewicht von 1·080 und löst sich leicht in Wasser, theilweise in Alkohol und Aether. Er wurde angewendet bei Eczema narium, bei folliculärem Eczem der Nasenöffnung und bei pustulösem Eczem der Oberlippe. Local wurden die Krusten mit Oel erweicht und entfernt, die Pusteln geöffnet und das ganze Gebiet antiseptisch abgespült, und dann wurde eine Salbe von 4 Grm. Thiol auf 30 Grm. Lanolin applicirt. Bei Eczema intertrigo wurde es als Streupulver angewendet; bei Eczema papulosum kam das Thiolum liquidum zur Anwendung. Acne vulgaris wurde 10 bis 15 Minuten lang mit einer Salbe von 4—8 Grm. Thiol auf 30 Grm. Fett zweimal täglich bedeckt. Auch bei Acne rosacea, Herpes Zoster, Carbunculus und Furunkeln erwies sich Thiol sehr brauchbar. Innerlich kam es zur Anwendung in Dosen von 0·03—1 Grm. 3mal täglich. Es hinterlässt keinen schlechten Geschmack, keinen Geruch und verursacht keine Verdauungsbeschwerden. Es hat also viele Vortheile dem Ichthyol gegenüber.

813. ***Ueber Exstirpation des Rectums bei syphilitischer Erkrankung.*** *Von Sick. (Jahrbücher der Hamburger Krankenanstalten. II. Jahrg.)*

Verf. theilt die Mastdarmerkrankungen in zwei Gruppen, in solche traumatischen und solche nicht traumatischen Ursprungs. Zu der ersten gehören die Verletzungen durch Fremdkörper, Instrumente (Clystierspritzen) oder Folgen von Operationen, ferner von innen verursacht, durch am unteren Darmabschnitte übergebliebene Knochenstücke, Fischgräten oder harte Kothballen, die Drucknecrose veranlassen. Zu den Erkrankungen nicht traumatischer Natur zählen entzündbare Processe, die aus der Nachbarschaft übergreifen, wie Perimetritis, Parametritis, Tumoren oder im Mastdarm selbst localisirt sind als Dysenterie, Tuberculose mit Fistelbildung, folliculäre Entzündungen und schliesslich die venerischen Affectionen des Mastdarmes (Blennorrhoe, Ulcus molle, Syphilis. „Letztere (Syphilis) kann in allen ihren Stadien den Mastdarm befallen. Man findet den Primäraffect am Anus, im Rectum, es zeigen sich hier mit Vorliebe die secundären Erscheinungen der Syphilis, ferner treten aber auch tertiäre (gummöse) Erkrankungen des Mastdarmes auf, die durch ihren Zerfall Geschwüre und Stenosen bilden.“ Bei ausgebildeter Geschwür- und Narben-



bildung ist die Aetiologie häufig schwierig zu eruiren. Es werden jene Veränderungen bald auf Syphilis, bald auf Gonorrhoe, selbst auf weiche Schanker bezogen. Etwas kann man vielleicht aus der Häufigkeit der venerischen Affectionen des Rectum und Anus für die Streitfrage entnehmen, welchen Ursprungs die Stenosen des Rectums sind. Die grössere Häufigkeit des Befallenseins des Rectums bei Frauen leitet der Autor ab vom Coitus praeternaturalis, der grösseren Nähe der weiblichen (secernirenden) Genitalien, vom Rectum und der häufiger bei Frauen vorkommenden Koprostase. Für die Therapie des Leidens kommen in Frage: Bougierung, Inversion der Strictur, Rectotomia posterior, die Colotomie und die Rectumexstirpation, eventuell mit Resection des Steissbeines und der unteren Kreuzbeinwirbel *(Kraske)*. Es wurden nach der *Kraske*'schen Methode 3 Fälle behandelt und ausführlich beschrieben. Uns interessirt vornehmlich, dass die 3 an syphilitischen Rectalstricturen leidenden Frauen durch die Operation geheilt wurden, ohne dass sich während des Heilungsverlaufes die syphilitische Dyscrasie geltend machte und ohne dass — so weit die Beobachtung reichte — ein Recidiv eintrat.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

814. ***Ueber Oxalsäureausscheidung bei Diabetes mellitus.*** *Von Prof. E. H. Kisch. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 28. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 64.)*

Die neuere Erkenntniss, dass Oxalurie genau nur durch gewichtsanalytische Bestimmung gemessen werden kann, fordert eine Nachprüfung der nach früheren Methoden aufgestellten Daten. Verf. hat auf diesem Wege bereits bei Lipomatosis universalis alte Anschauungen berichtigen können. Was den Diabetes anbelangt, so nahm man auf Grund mikroskopischer Befunde an, dass Oxalurie eine häufige Begleiterscheinung bei Diabetes sei; diese Erscheinung wurde auch vielfach, namentlich von *Cantani*, zur hypothetischen Erklärung der Krankheit verwandt. Dagegen hat schon *Fürbringer* davor gewarnt, aus dem Sediment allein eine Schlussfolgerung auf die Gesammtmenge der Oxalsäure zu schliessen; da nämlich Oxalsäure in Lösungen von phosphorsaurem Natron löslich ist, so liegt die Annahme sehr nahe, dass im menschlichen Urin der Gehalt von saurem Natronphosphat die vorhandene Oxalsäure nicht ausfallen lässt. Verf. untersuchte nun nach der von *Neubauer* und *Fürbringer* aufgestellten gewichtsanalytischen Methode 6 Fälle von Diabetes auf Oxalsäure und fand folgende Resultate: abnorm hohe Mengen wurden nicht gefunden, vielmehr war der Gehalt eher ein geringer zu nennen (11·7—5·4 Mgrm.). Bei drei Fällen nahm mit der Abnahme des Zuckergehaltes auch die Menge der Oxalsäure ab; dagegen konnte man nicht das von *Cantani* seinerzeit beschriebene alternirende Auftreten von Zucker und Oxalsäure beobachten. Das untersuchte Material ist zu klein,



um bindende Schlüsse ziehen zu lassen, gibt jedoch gewiss Anregung zu weiteren einschlägigen Untersuchungen.

815. ***Ueber den Einfluss der Gehirnthätigkeit auf den Stoffwechsel der Phosphorsäure und des Stickstoffes.*** *Von **A. Stcherbak,** St. Petersburg. (Arch. de méd. expérim. 1893. Mai. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. August.)*

Die früheren Untersuchungen über die behandelte Frage waren mehr oder minder werthlos, weil sie alle sich auf die Untersuchung der im Urin ausgeschiedenen Phosphorsäure beschränkten. während es doch auf der Hand liegt, dass, selbst gleiche Nahrungsaufnahme vorausgesetzt, bei einer durch intensive geistige Arbeit veränderten Assimilation (und dieselbe wird in der That verändert) auch eine andere Phosphorsäureausscheidung stattfinden muss; die Aenderung dieser Ausscheidung würde also zunächst eine Verdauungsänderung anzeigen, welche die Autoren aber durchaus nicht studiren wollten. Diese ausserordentlich wichtige Fehlerquelle lässt sich nun leicht ausscheiden, wenn man den Phosphorgehalt der aufgenommenen Nahrung und des Kothes feststellt; hieraus ergibt sich leicht durch Subtraction eine ziemlich genaue Berechnung des assimilirten Phosphors. Verf. verfuhr nun so, dass er, nachdem er sich eine Zeit lang an eine einfache, chemisch leicht zu bestimmende Kost gewöhnt hatte, 4 Tage lang sich leicht und dann 4 Tage lang sich intensiv geistig beschäftigte. Die aufgenommene Nahrung, Urin und Koth wurde ganz genau berechnet. Diesen Versuch machte er 3mal. Dann untersuchte er unter denselben Cautelen einen geistig regen Imbecillen und einen geistig fast völlig unthätigen Idioten. Endlich suchte er der Frage experimentell näher zu treten, indem er bei Hunden den Phosphoraustausch des Gehirns durch Analyse der Phosphorsäure der Hirnvenen und -Arterien unter dem Einflusse einer tiefen Depression der Gehirnthätigkeit (Morphiumnarcose) untersuchte. Bei gleicher N- und P-Aufnahme fand während geistiger Ueberanstrengung eine Verminderung der Assimilation, eine Vermehrung der Ausscheidung statt, und zwar letzteres stärker für P als für N; während die vermehrte N-Ausscheidung noch immer unter der N-Assimilation blieb, übertraf die Phosphorsäureausscheidung die P-Assimilation, so dass also der Körper einen bestimmten Verlust an Phosphorsäure erlitt. Was die N-Ausscheidung noch näher angeht, so konnte man während geistiger Ueberarbeit eine Verminderung der Oxydationsprocesse constatiren, da im Urin die unvollständig oxydirten Producte (Harnsäure und Extractivstoffe) viel stärker vermehrt waren als der Harnstoff. Das Körpergewicht nahm während der 4 Tage geistiger Ueberarbeit zwar wenig, aber stetig ab. Die Vergleichung der N- und P-Ausscheidung lehrt, dass neben der Aenderung der Allgemeinernährung eine stärkere Transformation derjenigen Substanzen, welche P enthalten, einhergeht. Bei der mikrocephalen Idiotin war die N-Ausscheidung im Ganzen normal, die Assimilation der Phosphorsäure war herabgesetzt; die P-Ausscheidung war viel constanter wie beim Gesunden und stand in normalem Verhältniss zu der assimilirten Phosphorsäure. Die Experimente an den Hunden zeigten, dass während der Morphiumnarcose das Gehirnvenenblut eine der Norm gegenüber

stark verminderte Quantität Phosphorsäure enthielt, so dass man entweder eine energischere P-Retention durch das Gehirngewebe oder eine verminderte Abscheidung von Phosphorverbindungen im Gehirne annehmen muss. Die Untersuchungen des Verf. zeigen, dass die Transformation des P im Organismus in einem gewissen Grade von der Gehirnthätigkeit abhängt. Bei intensiver geistiger Arbeit hat der Organismus ein höheres, bei geringer Hirnthätigkeit ein niedrigeres Bedürfniss nach P. Bei geistiger Ueberanstrengung modificirt sich auch der N-Austausch in erheblichem Masse und schafft recht ungünstige Bedingungen für die allgemeine Körperernährung. Die bösen Folgen geistiger Ueberanstrengung dürften sich schwerlich durch vermehrte Zufuhr von Nahrungsmitteln und speciell von P vermeiden lassen, weil unter diesen Verhältnissen die Assimilation der Nahrungsmittel beträchtlich vermindert ist.

816. ***Untersuchungen über das Verhalten des Strychnins im Organismus.*** *Von Dr. Ipsen. Aus dem Institut für gerichtliche Medicin und Hygiene zu Innsbruck. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. 3. Folge, Bd. IV. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 65.)*

Ein 23jähriges Mädchen war im Hause einer Hebeamme todt aufgefunden worden. Die Section ergab einen anatomischen Befund, der keinen Zweifel über die unmittelbare Todesart des Mädchens aufkommen zu lassen schien. Es fand sich nämlich eine eiterige Entzündung des ganzen Genitalschlauches mit Betheiligung der Harnblase, der Harnleiter und Nierenbecken, consecutiver Infarcirung beider Lungen und parenchymatöser Entartung der inneren Organe. Es lag also eine pyämische Allgemeinerkrankung vor, deren Eingangspforte in dem puerperalen Uterus zu finden war, an dem sich mit grosser Wahrscheinlichkeit eine vor einiger Zeit stattgefundene gewaltsame Schwangerschaftsunterbrechung nachweisen liess. Erst das mit viel Lärm und Aufsehen von der Hebeamme ausposaunte Gerücht, das Mädchen habe sich selbst mit Strychnin vergiftet, führte zu der Vornahme der chemischen Analyse, welche überraschender Weise Strychnin im Magen und Darminhalt in nicht geringer Menge nachwies. Es musste demnach Strychninvergiftung als die unmittelbare Todesursache bezeichnet werden. Die bei der Section in Alkohol gesondert aufgehobenen Organe wurden zu Analysen benutzt, welche über die Vertheilung des Strychnins im Körper Aufschluss geben sollten. Zur Ergänzung wurden auch Thierexperimente ausgeführt. Es ergab sich durch Untersuchung der Leichentheile, dass der Strychningehalt in den blutreichen Organen Leber und Lungen und wegen des raschen Beginnens der Ausscheidung in dem wichtigsten Excretionsorgane, den Nieren, überwiegt gegenüber den blutärmeren Organen, wie dem Gehirn und dem Verdauungsschlauch. Eine Nachprüfung an zwei Kaninchen bestätigte die Richtigkeit der Annahme, dass der Strychningehalt der einzelnen Organe nach Massgabe des Blutgehaltes derselben wechselt und der jeweiligen Blutmenge direct proportional ist. Ueber die Ausscheidung des Strychnins mit dem Harne wurden Versuche an Kaninchen und Hunden gemacht, welche ergaben, dass $2^1/_2$—5 Minuten nach der Vergiftung das Strychnin bereits in nachweisbarer Menge im Harn



erscheint, so dass die Annahme begründet und berechtigt ist, die Ausscheidung des Strychnins beginne sofort nach der Resorption in's Blut. Das Strychnin wird unzersetzt mit dem Harn ausgeschieden. Weder die Resultate der Thierversuche, noch das Verhalten im menschlichen Organismus rechtfertigen die Annahme einer Bindung und Aufspeicherung des Strychnins in den Körperorganen. Die Versuche des Verfassers über das Verhalten des Strychnins gegen die Fäulniss sind noch nicht abgeschlossen, jedoch kann er schon die vorläufige Mittheilung machen, dass bei monatelanger Fäulniss in verschiedenen Medien der chemische und physiologische Strychninnachweis immer gelingt.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

817. ***Fruchtabtreibung durch Injection heissen Wassers. Plötzlicher Tod durch Lungenembolie.*** *Von Prof. E. v. Hofmann. (Friedreich's Blätter f. gerichtl. Med. 1893.)*

Todesfälle durch zum Zwecke der Fruchtabtreibung gemachte Injection von Flüssigkeiten in die weiblichen Genitalien können zu Stande kommen durch Eintritt von mitgerissener Luft in die Venen, durch Uebertritt der Flüssigkeit in das Abdomen, durch septische Endometritis und Metritis bei infectiöser Beschaffenheit der Flüssigkeit, schliesslich durch Verätzung in Folge der chemischen Einwirkung der Flüssigkeit oder aber auch ihrer hohen Temperatur. Einen instructiven Fall letzterer Art hat Verf. beobachtet. Bei der Section der 22 Jahre alten ledigen Dienstmagd ergab sich: beide Lungen blutreich, überall lufthaltig, die Unterlappen blutreiches und reichliches schaumiges Serum entleerend, welches auch in den Bronchien reichlich enthalten ist. In den Hauptstämmen der Lungenarterien reichliches dickflüssiges Blut, in den feinsten Verzweigungen derselben jedoch stellenweise missfarbige kleine Gerinnsel. Die Gebärmutter kindkopfgross. Nach Eröffnung derselben findet sich darin ein etwa mannesfaustgrosses uneröffnetes Ei, dessen etwa handflächengrosser Mutterkuchen an der rechten Seite und Vorderwand angeheftet ist. Das untere Drittel dieses Eies erscheint missfarbig, in seiner Consistenz vermehrt, wie gekocht und durch diese Eigenschaft von den oberen zwei Dritteln des Eies unterschieden, welche blass, fleischroth und unverändert sich repräsentiren. Die erwähnte Veränderung erstreckt sich auch auf die Innenwand des Gebärmutterhalses und den darin enthaltenen Schleimpropf. Die linke Hälfte des Eies leicht abhebbar, die dieselbe überziehende hinfällige (Decidua reflexa) und die anlagernde Gebärmutterschleimhaut (Decidua vera) in nach aufwärts abnehmendem Grade getrübt und verdickt, wie gekocht. Nach Eröffnung des Eies ergibt sich, dass die wie gekochte Beschaffenheit in gleicher Ausdehnung auch auf das Chorion und dessen Innenfläche übergreift, zwischen welchem und der unveränderten äusserst zarten Schafhaut eine Schicht fadenziehenden, leicht blutigen tingirten Schleims angesammelt ist. In der



Nachbarschaft der so veränderten Partie ist die Innenwand des Chorion stark fleckig injicirt und stellenweise mit bis hanfkorngrossen Ecchymosen durchsetzt. Embryo unversehrt. In einzelnen grösseren Venen des kleinen Beckens rechts wie gekocht aussehende Gerinnsel, in den sonstigen Venen des Körpers nur dunkelflüssiges Blut. Es war bei diesem Befunde klar, dass eine Injection mit einer coagulirenden Flüssigkeit stattgefunden hatte und man dachte zunächst an ätzende Flüssigkeiten. Die chemische Untersuchung, welche auf Sublimat, Weinsäure, Alkohol, Gerbsäure, Eisenchlorid und Carbolsäure ausgedehnt wurde und sich auch auf die in den Kleidern constatirten wie durchnässt gewesen aussehenden Stellen erstreckte, ergab aber ein ganz negatives Resultat, so dass somit nur die Annahme blieb, dass die eingespritzte Flüssigkeit durch ihre hohe Temperatur jene Veränderungen erzeugt hatte, d. h. eine heisse gewesen ist. Im Gutachten wurde ausgeführt: Aus dem Befunde in den Lungen ergibt sich, das Denata zunächst an Verlegung kleiner Aestchen der Lungenarterien durch eingeschwemmte missfarbige Blutgerinnsel und Lungenödeme gestorben ist. Die Blutgerinnsel stammten von ausgebreiteter Gerinnung des Blutes in den wegen bestehender Schwangerschaft ausgedehnten Venen der unteren Partie der Gebärmutter und ihrer Nachbarschaft her, welche Gerinnung nur durch von Aussen erfolgtes Eindringen einer coagulirenden Flüssigkeit in der Gebärmutter und ihrer Gefässe veranlasst worden sein konnte. Da nur gewisse ätzende oder heisse Flüssigkeit solche Veränderungen zu erzeugen vermögen und da die chemische Untersuchung keine ätzenden Substanzen nachweisen konnte, so bleibt nur die Annahme, dass die betreffende Flüssigkeit eine heisse gewesen war. Die Flüssigkeit ist wahrscheinlich direct in den Muttermund und durch diesen in die Gebärmutter eingespritzt worden; doch blieb auch die Scheide von ihr nicht verschont. Die Einspritzung ist offenbar zum Zwecke der Fruchtabtreibung geschehen. Die Möglichkeit, dass der Tod nicht gleich nach der Injection, sondern erst einige Zeit darnach erfolgte, ist nicht absolut ausgeschlossen. *—r.*

818. ***Ueber die im Hühnerei vorkommenden Bacterienarten nebst Vorschlägen zu rationellem Verfahren der Eiconservirung.*** *Von Dr. **Zörkendörfer**. Aus dem hygienischen Institut zu Berlin. (Arch. f. Hygiene. Bd. XVI. Heft 4. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 35.)*

Unter den verdorbenen Eiern sind hauptsächlich zwei Typen zu unterscheiden: Bei der ersten Art bildet der Eiinhalt eine gleichmässig dickflüssige schwarzgrüne Masse mit Geruch nach Schwefelwasserstoff; bei der zweiten ist der Inhalt anfangs dünnflüssig, später eine dicke, breiige crêmefarbene Masse, nach menschlichen Fäces riechend. Die Ursache der Verderbniss liegt stets in Bacterien, welche nach Verf.'s Annahme in der Regel von aussen durch die Eischale eindringen. Um diesen Weg der Infection klarzulegen, prüfte Verf. zuerst die Durchlässigkeit der Eischalen für Farbflüssigkeiten unter der Luftpumpe mit positivem Erfolg. Vollkommen gleich dem Befunde bei dieser Methode (aussen gleichmässige Färbung, an der inneren Seite an einzelnen Stellen rundliche Farbflecke, in der Mitte am tiefsten gefärbt, von Punkt-



grösse bis zu etwa 4 Mm. Durchmesser, endlich Eindringen des Farbstoffes in das Innere des Eies) verhielt sich das Ergebniss für Bacterien, das Verf. durch Versuche mit farbstoffbildenden Bacterien erhielt. Es wurde gezeigt, dass die Bacterien selbstständig durch die Schale hindurch in das Ei eindringen, und dass diese Einwanderung meist an einzelnen Stellen erfolgt. Was das Resultat der aus den verdorbenen Eiern durch Züchtung gewonnenen und bezüglich ihrer Wachsthumsmerkmale und Temperaturbedingungen auf den verschiedensten Nährmedien und bei den verschiedensten Temperaturen studirten Bacterien anlangt, so fand Verf. 16, zwei grossen Gruppen angehörende Bacterienarten, nämlich einerseits Schwefelwasserstoff bildende, andererseits solche, die einen grünen, blau fluorescirenden Farbstoff erzeugen, dagegen keinen Schwefelwasserstoff bilden. Alle Bacterienarten stimmen (mit Ausnahme des grösseren sporenbildenden Bac. oogenes hydrosulfureus $\alpha$) in Grösse, Gestalt und Beweglichkeit untereinander ziemlich überein, nur die Zahl und Anordnung der Geisseln ist verschieden; alle wachsen bei gewöhnlicher Temperatur sehr gut. Im Einklang mit *Schrank* kommt Verf. zu dem wichtigen Resultat, dass alle Arten ohne Ausnahme strenge Aëroben sind. Feuchte Luft übt auf das Faulen der Eier einen begünstigenden Einfluss aus, weil die der Schale äusserlich anhaftenden Bacterien in feuchter Atmosphäre besser Gelegenheit finden, sich zu vermehren und in das Ei einzudringen. Zum Schlusse verwerthet Verf. die in seiner Arbeit gewonnenen Beobachtungen zur Lösung der praktisch wichtigen Frage der Conservirung von Eiern. Indem er das Sauerstoffbedürfniss der eierverderbenden Bacterien zum Ausgangspunkt von Massregeln nimmt, schlägt er einen luftdichten Abschluss durch Lack oder Firniss vor; mit Bacterien geimpfte und hierauf lackirte Eier blieben auf diese Weise Monate lang im Aussehen, Geruch und Geschmack unverändert. Die angegebene Methode empfiehlt sich wegen ihrer Einfachheit und leichten Anwendbarkeit.

819. ***Beitrag zur Lehre von der septischen und pyämischen Infection des Uterus.*** *Von Dr. Friedrich Gärtner, Heidelberg. (Arch. f. Gyn. Bd. XLIII. Heft 2. — Allg. med. Central-Ztg. 893. 142.)*

Zu der in den letzten Jahren vielfach bearbeiteten Frage von dem ätiologischen Unterschied der Sepsis und Pyämie liefert Verf. einen bemerkenswerthen Beitrag, welcher das — man kann wohl sagen betrübende — Resultat ergibt, dass diese beiden klinisch, prognostisch und anatomisch so verschiedenen Krankheiten ätiologisch nicht zu trennen sind. Die Arbeit steht in einem gewissen Gegensatz zu den Anschauungen *Bumm's*, welcher im Infectionswege der Spaltpilze einen deutlich erkennbaren Unterschied bei Sepsis und Pyämie constatiren zu können glaubte. Von den 4 Uteris, welche Verf. zu seinen Untersuchungen benutzte, handelte es sich in Fall 1 und 2 um nicht puerperale, in Fall 3 und 4 um puerperale Infectionen (alle 4 Fälle waren tödtlich verlaufen). In Fall 1 und 4 lag Pyämie, in Fall 2 und 3 Sepsis vor. Es handelte sich also sowohl bei den nicht puerperalen, wie bei den puerperalen Uteris je einmal um Sepsis und je einmal um Pyämie.



Das Untersuchungsergebniss an allen 4 Uteris war — abgesehen von den Verschiedenheiten, welche durch den Status puerperalis gesetzt waren — in allen 4 Fällen ein fast genau übereinstimmendes. Die Infectionsträger waren in allen 4 Fällen ein Gemisch von Strepto- und Staphylococcen. Allerdings stellt Verf. diese Diagnose wesentlich aus dem mikroskopischen Bilde seiner gefärbten Schnitte. Den hieraus zu erhebenden Einwand weist Verf. aber mit der Bemerkung zurück, dass das Mikroskop für den Nachweis verschiedenartiger Coccen zuverlässiger sei als die Züchtungsmethode. Insofern als bei letzterer erst eine grosse Anzahl von Einzelimpfungen einwandsfreie Schlüsse erlaubt, wird man dem Verf. hierin Recht geben können. Die bisher gehegte Anschauung, dass die Sepsis durch den Streptococcus verursacht wird und dass der weniger verderbliche Staphylococcus die Pyämie hervorrufe, ist daher nicht mehr aufrecht zu erhalten. Fast noch wichtiger ist, dass Verf. auch die Infectionswege bei beiden Krankheiten als übereinstimmend gefunden hat. Dicht unter der Uterusinnenfläche findet stets eine starke Coccenansiedlung statt. An diese schliesst sich überall eine Granulationsschicht ausgewanderter weisser Blutkörperchen, welche dem Vordringen der Mikroorganismen einen Damm entgegensetzen. Durch diesen Wall dringen die Keime stets unter Benutzung der Lymphgefässe und gelangen nach Durchbrechung dieser Zone in die Venen. Die Venen allein oder im Verein mit Lymphgefässen bilden die weiteren Wege, um die Infectionserreger jetzt in den Kreislauf gelangen zu lassen. Dieser Vorgang ist bei der Sepsis wie bei der Pyämie, bei den puerperalen wie nicht puerperalen Infectionen stets der gleiche. Aus welchem Grunde wir das eine Mal Pyämie, das andere Mal die septische Infectionsform erhalten, darüber fehlt uns zunächst noch jedes Verständniss.

820. ***Ueber den Einfluss von Alter, Geschlecht und socialen Verhältnissen auf die Sterblichkeit an tuberculösen Krankheiten, insbesondere an Lungenschwindsucht.*** *Von Dr. **Holsti**, Helsingfors. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXII. — Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 17.)*

Verf. gelangt auf Grund eigener Untersuchungen zu folgenden Resultaten: Während der Jahre 1882—1889 starben in Helsingfors 1771 Personen an tuberculösen Krankheiten. Weitaus die stärkste Mortalität fällt innerhalb die zwei ersten Lebensjahre; sie nimmt darnach ab, erreicht ihr Minimum im Alter von 11—15 Jahren, um dann wiederum zu steigen bis zum Alter von 31—40 Jahren, wo sie ein zweites Maximum erreicht. Mit zunehmendem Alter nimmt dann die Mortalität allmälig ab. Die häufigste Folge der Tuberculose im ersten Kindesalter soll die tuberculöse Meningitis sein, während die Lungenschwindsucht verhältnissmässig viel seltener vorkommt; die Zuverlässigkeit der Angaben für das erste Kindesalter ist aber wegen der relativ geringen Zahl der Obductionen keine unbedingte. Als Ursache dieser grossen Mortalität glaubt Verf. den Umstand ansprechen zu dürfen, dass die zarten Kinder viel im geschlossenen Zimmer leben müssen, und dort auf dem Boden herumkriechen, wobei sie den abgelagerten Staub nebst etwaigen Tuberkelbacillen auf-



rühren und einathmen, respective verschlucken. Wahrscheinlich spielt aber die mangelhafte Pflege der kleinen Kinder dabei ebenfalls eine Rolle. — Die Sterblichkeit an Tuberculose ist im Allgemeinen grösser unter den Männern als bei den Weibern; nur zwischen dem 5. und dem 20. Lebensjahre sterben mehr Weiber als Männer. Berücksichtigt man die Lungenschwindsucht allein, so fällt die grösste Mortalität für das weibliche Geschlecht in das Alter von 25—45 Jahren, für das männliche Geschlecht dagegen erst in das Alter von 35—55 Jahren. — Die ökonomischen Verhältnisse haben ebenfalls einen bedeutenden Einfluss auf die Verbreitung der Tuberculose. Vergleicht man die Mortalitätsstatistiken der verschiedenen Classen der Gesellschaft unter sich, so sind in der ärmeren Classe etwa 44% der Todesfälle durch Schwindsucht verursacht, während in besser situirten Kreisen blos 23% der Todesfälle auf diese Affection zurückzuführen sind. Was den Einfluss der Beschäftigung anbetrifft, so werden diejenigen Arbeiter, welche ihr Gewerbe in geschlossenen Räumen betreiben, am meisten getroffen.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 821. *Ueber die Möglichkeit, durch acustische Uebungen auffällige Hörerfolge auch an solchen Taubstummen zu erreichen, die bisher für hoffnungslos taub gehalten wurden.*

*Von Prof. Dr. Victor Urbantschitsch, Wien.*

*(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 29.)*

Der Gedanke, bei Taubstummen durch Hörübungen auf die Hörfähigkeit einzuwirken, ist keineswegs neu. Bereits 1743 soll *Bewius* die Tonzuleitung gegen Taubheit empfohlen haben. *Itard* und *Toynbee* theilen diesbezügliche, erfolgreich behandelte Fälle mit. Beobachtungen über Verbesserung des Gehöres durch Hörübungen liegen ferner von *Browne* und *Keown* vor; auch Verf. hat über die bei Gehörprüfungen am kranken, sowie gesunden Gehörorgane eintretende Perceptionssteigerung berichtet; *Eitelberg* stellte darüber eingehendere Untersuchungen an. Trotzdem und vor Allem trotz der ausserordentlich lehrreichen Beobachtungen von *Itard* und *Toynbee* haben sich die Versuche einer Einwirkung auf den Hörsinn von Tauben und Schwerhörigen besonders seitens der Ohrenärzte keine Anerkennung verschaffen können.

Verf. hatte vor mehreren Jahren an einem taubstummen Knaben durch methodisch vorgenommene Hörübungen eine überraschende Hörverbesserung erzielt, indem der betreffende Knabe, der anfänglich nur laut in's Ohr gesprochene Buchstaben und einzelne Silben zu hören vermochte, später, nach einem Jahre, auf mehrere Schritte Entfernung mittellaut gesprochene Sätze verstand



und schliesslich im Stande war, einen gewöhnlichen (nicht Taubstummen-) Unterricht zu erhalten.

Seit einem Jahre lässt Verf. an einer Reihe von Taubstummen täglich Hörübungen vornehmen, deren Resultate in hohem Masse befriedigende sind. Es befinden sich darunter Kinder, die er vor mehreren Jahren als nicht hörfähig und nur für den Taubstummenunterricht geeignet hielt, welche jedoch nunmehr bei den methodisch vorgenommenen Hörübungen nicht nur das vorher mangelnde Gehör für Vocale gewonnen haben, sondern im Verlaufe eines Jahres sogar in den Stand gesetzt wurden, ganze Sätze zu hören und nachzusagen, selbstverständlich ohne den Sprechenden anzusehen. Mehrere dieser Fälle erwiesen sich bei den ersten Versuchen scheinbar als vollständig taub, indem sie weder die verschiedenen, dem Ohre auf dem Wege der Kopfknochen oder der Luft zugeführten Stimmgabeltöne hörten, noch beim lauten Hineinrufen von Vocalen in das Ohr, auch nicht mit Hilfe von Hörinstrumenten eine Gehörsempfindung angaben. Herr *Kühnel*, Taubstummenlehrer an der niederösterreichischen Landes-Taubstummenschule in Wien, stellte dem Verf. jüngst einen als vollständig taub betrachteten Zögling vor. Bei den mit Stimmgabeln und Sprache vorgenommenen Hörprüfungen erklärte der Zögling, absolut nichts zu hören; die in Gegenwart des Herrn *Kühnel* angestellten Versuche lieferten bereits in einer Sitzung den Nachweis, dass auch dieser scheinbar total taube Zögling gewissen Höreindrücken zugänglich war, ja sogar beim Hineinrufen der verschiedenen Vocale in's Ohr Hörunterschiede zu erkennen vermochte, so zwar, dass die Vocale a, e, i, o, u, in wechselnder Aufeinanderfolge ohne Hörrohr in's Ohr hineingesprochen, von dem Zögling wiederholt richtig erkannt wurden. Es ist bei derartigen Prüfungen, besonders beim Gebrauche von Hörrohren, sehr zu achten, ob der von tauben Personen unterschiedene Eindruck beim Aussprechen der einzelnen Buchstaben wirklich auf einem differirenden Höreindrucke beruht und nicht etwa auf Verschiedenheiten in der Art des Luftstromes, der das Ohr und die Ohrgegend trifft. Genaue Controlversuche mit dem einfachen Anblasen der Ohrgegend liessen in den vom Verf. bisher geübten Fällen erkennen, dass die tactile Empfindung bei den durch das Sprechen erhaltenen Eindrücken keine wesentliche Rolle spielte, sondern dass es sich in erster Linie thatsächlich um acustische Empfindungen handeln musste; dafür spricht auch die Erscheinung, dass bei der, besonders anfänglich, rasch eintretenden Ermüdung des Hörorganes die Hörfähigkeit an dem Ohre, an welchem die Hörübungen vorgenommen werden, vorübergehend ganz verloren geht, während sie am anderen Ohre beim Beginne der Versuche besteht, nach kurzer Zeit an diesem sinkt und dafür an dem mittlerweile wieder erholten ersteren Ohre zurückgekehrt erscheint.

Die überraschende Thatsache, dass es möglich ist, an einem anscheinend ganz tauben Individuum in kurzer Zeit nicht nur Spuren des Gehöres zu beobachten, sondern auch ein unterschiedliches Hören herbeizuführen, ist wohl nur in dem Sinne zu deuten, dass die betreffende Person thatsächlich nicht taub war, sondern ihr nur die Fähigkeit mangelte, die erhaltenen acustischen Ein-



drücke richtig zu erfassen. Eine sehr intelligente, 23jährige, dem Verf. als vollständig taub vorgestellte Dame, die einen ausgezeichneten Taubstummenunterricht genossen hatte und französisch auffällig deutlich sprach, theilte ihm mit, dass sie beim Hineinrufen der verschiedenen Vocale in's Ohr stets denselben unbestimmten Höreindruck eines dumpftönenden ä habe. Verf. wählte nunmehr die Vocale a und i und gab der Dame vor dem Hineinsprechen in's Ohr jedesmal an, welchen der beiden Vocale er aussprechen werde. Es ist selbstverständlich, dass die einzuübende Person wissen soll, was für ein Höreindruck den einzelnen Buchstaben und Silben, später den verschiedenen Schallquellen zukommt. Im Verlaufe von einigen Minuten fiel der Dame bereits ein Hörunterschied zwischen a und i auf, und in einigen Tagen wurden auf diese Weise von beiden Ohren sämmtliche Vocale richtig unterschieden und nachgesprochen. Schriftlichen Mittheilungen zufolge soll sich im Verlaufe der folgenden Monate durch derartig vorgenommene Hörübungen das Gehör in einer auffälligen Weise entwickelt haben, so dass nunmehr ganze Sätze deutlich gehört und richtig nachgesprochen werden.

Von besonderem Interesse ist die allgemeine Entwicklung des Hörsinnes, die im Verlaufe solcher Hörübungen erfolgen kann, so zwar, dass früher nicht wahrgenommene Schallquellen nunmehr deutliche acustische Eindrücke erregen, z. B. Stimmgabeltöne, Glocken, verschiedene musikalische Töne oder Geräusche, zuerst unbestimmt und später allmälig deutlicher gehört und unterschieden werden, auch ohne dass mit diesen einzelnen Schallquellen besondere Hörübungen vorgenommen worden wären. Man ersieht daraus, dass durch die Hörübungen nicht nur eine Erziehung, sondern auch eine weitere Entwicklung des Hörsinnes stattfindet, als Beweis für die grosse Bedeutung, die einer Inactivität des Hörsinnes in Folge des Mangels an entsprechender Schallzuleitung zukommt.

Wie sich aus dem früher Angeführten ergibt, kann ein methodisch vorgenommener, acustischer Unterricht bei Taubheit in zweifacher Hinsicht von Werth sein, und zwar kann der Taubstumme dabei 1. eine Sonderung und richtige Deutung der acustischen Eindrücke erlernen und 2. eine Anregung seiner acustischen Thätigkeit erfahren, wodurch eine allmälig zunehmende Steigerung der acustischen Perceptionsfähigkeit möglich ist.

Bei den bisherigen Uebungen hat Verf. erfahren, dass besonders anfänglich eine rasche Ermüdung, zuweilen eine allgemeine nervöse Erregung eintritt, welche eine Unterbrechung der Uebungen auf kürzere oder längere Zeit erfordern; es bestehen hierbei sehr bedeutende individuelle Verschiedenheiten. Verf. ist bestrebt, anfangs täglich $^1/_2$stündige, später mindestens 1stündige acustische Uebungen vornehmen zu lassen, wenn möglich ohne Hörrohr, da besonders beim Gebrauche desselben die Gefahr besteht, dass durch eine zu starke Schalleinwirkung eine das Ohr schädigende Uebertäubung eintritt. Der dem Ohre zugeführte Schall soll stets nur jene Stärke besitzen, die zur Auslösung der entsprechenden Gehörserregung unbedingt nöthig ist.



Besonders erwähnenswerth wäre noch der Umstand, dass sich die bereits erzielten acustischen Resultate vorübergehend wieder abschwächen können und dass nur bei grosser Ausdauer und Geduld die angegebenen, soweit meine bisherigen Erfahrungen zeigen, auch bleibenden schönen Erfolge zu erzielen sind. So ist auch manchmal erst nach mühevollen Versuchen ein Urtheil möglich, ob in einem gegebenen Falle keine Spur einer Hörfunction besteht und auch nicht zu erwecken ist. Glücklicherweise scheinen solche Fälle Ausnahmen zu sein, und man erlebt nicht selten die Freude, nach anscheinend vergeblichen Hörversuchen die ersten Spuren einer Hörthätigkeit zu beobachten, die einer weiteren Entwicklung zugänglich sein kann.

Verf. beabsichtigt bei einer ihm zu Gebote stehenden reicheren Erfahrung diesen Gegenstand ausführlicher zu behandeln. Er will vor Allem die Bedeutung der Hörübungen auch bei anscheinend vollständig Tauben darlegen und ausgedehnte Versuche in dieser Beziehung anregen, um das traurige Los dieser Unglücklichen, sei es in manchem Falle, auch nur einigermassen zu mildern.

—*ch.*

# Literatur.

822. ***Hypnotische Experimente.*** *Von **R. v. Krafft-Ebing.** Stuttgart, Ferd. Enke, 1893. 38 S.*

Authentische Darstellung jener durch die Zeitungsreclame längst weltbekannt gewordenen „psychologischen Experimente“, die im Beisein des Verf. nach hypnotisch-suggestiver Methode mit dem 33jährigen Fräulein A. Piegl am 10. Februar und 12. März d. J. angestellt und durch ihn selbst am 13. Juni einem geschlossenen Kreise von Fachgenossen in Wien vorgeführt wurden. Die Versuchsperson ist nach Verf. körperlich und geistig gesund, ohne irgendwelche Zeichen von Hysterie. Ihre seltene hypnotische Begabung war von einem Herrn v. B., der auch diese Experimente anregte, schon vor 10 Jahren entdeckt und seitdem vielfach experimentell in allerdings nicht „einwandfreier“ Weise exploitirt worden. Verf. selbst experimentirte mit der Versuchsperson im Ganzen nur dreimal. Bekanntlich gipfelt das Interesse dieser Versuche in dem Ergebniss, dass das Fräulein durch Suggestion in den Zustand früherer Lebensalter — wechselweise ihres siebenten, ihres fünfzehnten und neunzehnten Lebensjahres — versetzt wurde, und in dem vom Verf. gezogenen Schlusse, dass es sich thatsächlich um eine „Reproduction früherer Ichpersönlichkeiten“ handelt, die „im bewussten Geistesleben latent geworden sind, jedoch durch einen Kunstgriff, nämlich durch die Hervorrufung eines unbewussten psychischen Ausnahmszustandes, aus der Welt des latenten unbewussten Geisteslebens reproducirt werden können“. Natürlich drängt sich auch dem Verf. die Frage auf, ob es sich bei diesen Versuchen um die blosse Hervorrufung kindlicher und jugendlicher Typen (die wohlbekannte *Richet*'sche Objectivation des types) oder um wirkliche Wiederhervorrufung individueller früherer Ichpersönlichkeiten handelt. Er selbst entscheidet sich für die letztere Alternative. Ich glaube, die grosse Mehr-



zahl unbefangener und nicht voreingenommener Beurtheiler wird der ersteren Annahme unbedingt den Vorzug geben, und sich also damit begnügen, in den immerhin lehrreichen und dankenswerthen Versuchen des Verf. nichts weiter als einen neuen Specialfall der *Richet*'schen Objectivation des types zu erblicken. Wenn wir die Wahl haben, eine beobachtete Erscheinung an ältere, schon häufig beobachtete und bestätigte, überdies der Erklärung keine besondere Schwierigkeit bietende Thatsachen anzuknüpfen — oder nach einer neuen, blendenden, aber überaus gewagten und unsicheren Hypothese zu greifen, so werden wir nach allgemein wissenschaftlichen Grundsätzen unstreitig das Erstere vorziehen, so lange eben die neue Beobachtung uns nicht mit der früheren in Conflict bringt, so lange sich aus ihrer Zurückführung auf die gemeinschaftliche Basis keine unlösbaren Widersprüche entwickeln. Und was widerspräche im vorliegenden Falle der Annahme, dass wir es nur mit einer Reproduction kindlicher und jugendlicher Typen, mit einem Specialfalle der Objectivation des types zu thun haben? Auch eine solche wird je nach dem im unbewussten Seelenleben vorgefundenen Vorstellungsinhalt immer eine mehr oder weniger individualistische — wenn auch von der bewussten Ichpersönlichkeit weit abliegende — Färbung annehmen können.

Es involvirte doch einen grossen und dabei unnöthigen Widerspruch, wenn in dem hypnotisch-suggestiven Ausnahmszustande gewissermassen das Unbewusste jeden anderen geforderten Typus frei schaffend realisirte — dagegen, sobald der Typus einer früheren Altersclasse desselben Geschlechts gefordert würde, auf die Suggestion mit Reproduction der wirklichen früheren Ichpersönlichkeit reagirte. Der objectivirte Typus kann sich eben in jedem Falle nur aus dem schon vorhandenen und disponiblen Vorstellungsmaterial zusammensetzen, dem bei Auswahl eines der „Ichpersönlichkeit" besonders nahestehenden Typus natürlich besonders viele eben dieser Persönlichkeit angehörige und für sie charakteristische Züge beigemischt sein werden.

Die vom Verf. bevorzugte Hypothese verwickelt uns in so unabsehbare physiologische und psychologische Schwierigkeiten, dass wir zu ihrer Annahme nur im äussersten Nothfalle würden schreiten können. Ein solcher Nothfall liegt aber hier offenbar keineswegs vor. Die vom Verf. als Argumente herangezogenen Umstände, dass die Persönlichkeit des suggestiven siebenjährigen Mädchens von der Mutter als identisch der früheren wirklichen agnoscirt wurde und dass die Handschrift im suggestiven und im wirklichen neunzehnten Jahr grosse Uebereinstimmung zeigte, haben doch wenig Ueberzeugendes; dem ersteren Umstande wird man kaum mehr als eine subjective Bedeutung beimessen, und wie wenig auf die Handschriftübereinstimmung zu geben ist, dürfte aus einer unbefangenen Würdigung der sämmtlichen abgedruckten Schriftproben (pag. 36—38) genügend hervorgehen, ganz abgesehen von den vom Verf. selbst an anderer Stelle (pag. 27) betonten Unterschieden. Auch dem „vollgiltigen Beweise", dass die Patientin, in's siebente Jahr zurückversetzt, das Anschauungsbild der Mutter von damals hatte und durch plötzliche Confrontirung mit der inzwischen um 26 Jahre gealterten Mutter in Schreck und Bestürzung versetzt wurde — was übrigens nicht Verf. selbst, sondern nur der oben erwähnte Herr v. B. constatirte (pag. 14) —, auch der Vollgiltigkeit dieses Be-



weises werden sich, fürchte ich, nur die wenigsten, mit dem Mindestmass von Skepticismus ausgestatteten Gemüther hinzugeben geneigt sein.

Wenn die reproducirte Persönlichkeit der früheren Ichpersönlichkeit „congruent“ sein soll, so müssten doch wenigstens ihre Manifestationen in den verschiedenen Sitzungen unter einander congruent sein, was aber im Einzelnen keineswegs der Fall ist. Es sei beispielsweise nur an die sehr differenten Leistungen im Rechnen (pag. 8 und 19) und an die widersprechenden Angaben über das Gedicht „Kaiser und Abt“ (pag. 11 und 23) erinnert.

Es liegt mir ganz fern, zu einer ausserhalb der obigen Alternative noch in Betracht kommenden dritten Möglichkeit Stellung zu nehmen — der einer von Seiten der Versuchsperson etwa geübten absichtlichen Täuschung. *Benedikt* hat, unhöflich genug, von einem „dummen Schwindel“ gesprochen, und Verf. zahlt ihm das heim, indem er sein Urtheil als das des „Professors der Elektrotherapie an der Wiener Universität, Herrn Dr. *Benedikt*“ anführt. Indessen, es geht doch nicht an, die Competenz eines *Benedikt* auf diesem Gebiete zu bestreiten, und ob die Patientin im engeren Schulsinne „hysterisch“ war oder nicht, worauf Verf. so grosses Gewicht legt, ist für die hier vorliegende Frage offenbar nebensächlich. Auch die nicht „hysterischen“ Mitglieder des schönen Geschlechts sind ja bekanntlich Täuschungen nicht abgeneigt, und das „mulieri ne mortuae quidem credendum“ ist ein zwar ungalanter, aber durch die Erfahrung nur allzubewährter medicinischer Grundsatz. Dass die „Minusleistung vom 13. Juni“, wie Verf. (pag. 27) meint, ganz unbegreiflich sein sollte, wenn die Dame sich blos den „unpassenden Scherz“ einer Stunde der Täuschung den Gelehrten gegenüber hätte machen wollen, wird man schwerlich zugeben. Auch der geschickteste Betrüger hat ja seine schwachen oder doch wenigstens schwächeren Stunden; und Frl. P. konnte überdies nach den gemachten Erfahrungen auch für ihre schwächeren Productionen der wohlwollendsten Aufnahme und Deutung im Voraus gewiss sein.

In Summa: 1. Die „wirkliche Wiederhervorrufung individueller früherer Ichpersönlichkeiten“ ist durch das beigebrachte Material bisher nicht erwiesen. 2. Wahrscheinlich handelt es sich nur um einen Specialfall der *Richet*'schen Objectivation des types. 3. Bis zur Beibringung eines reichlicheren und einwandfreieren Materials wird man gut thun, sich der Sache gegenüber mit einem kühlen „non liquet“ abzufinden. *A. Eulenburg*, Berlin.

823. ***Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind.*** *Wissenschaftlich und gemeinverständlich dargestellt von Dr. Ph.* **Biedert**, *Oberarzt am Bürgerspital und Kreisarzt zu Hagenau i. E. Zweite, ganz neu bearbeitete Auflage. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1893. XII u. 248 S. 8°.*

Die Verdienste des Verf.'s um die Wissenschaft und Praxis der Kinderernährung, die günstige Aufnahme, welche die erste Auflage des vorliegenden Werkes allenthalben gefunden, machen es beinahe überflüssig, die Vorzüge dieses Werkes den Lesern noch einmal vorzuführen. Jedoch ist es nicht überflüssig, hervorzuheben, dass das Werk des Verf.'s durch den Eifer und die liebevolle Hingebung, mit welcher derselbe sich seiner Aufgabe widmet, durch die sorgfältige Verarbeitung des Stoffes, namentlich auch durch die Darstellung der historischen Entwicklung

unserer Erkenntnisse über das hier behandelte Thema, sich weitaus von der grossen Zahl der Erscheinungen des medicinischen Büchermarktes unterscheidet, und dass wir ein Werk vor uns haben, welches trotz eingehender Berücksichtigung der wissenschaftlichen Errungenschaften, das individuelle Gepräge von der Denkweise des Verf.'s erhält. Verf. stellte sich auch bei dieser Auflage des Werkes die Aufgabe, dasselbe sowohl den Aerzten, als den Müttern als Leitfaden an die Hand zu geben. Demgemäss wurde in den theoretischen Capiteln (Die Kindersterblichkeit im ersten Lebensjahre; Nährungsorgan und Nahrungsmittel der Kinder) das wissenschaftliche Kleinwerk und in den praktischen Capiteln (Das Stillen der Mütter und Ammen und die Pflege von Mutter und Kind; die künstliche Ernährung; die Störungen der Ernährung) das Genauere der Ausführung und Erklärung in den Kleindruck verwiesen. Den Schluss des Werkes bilden ein chronologisches Verzeichniss der Autoren über Kinderernährung von 460 v. Chr. bis 1893, ferner Sach- und Autorenregister. *Loebisch.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

824. ***Ueber die Behandlung der Trunksucht.*** *Von Dr.* ***A. Smith,*** *Marbach. Vortrag, gehalten beim XII. Congress für innere Medicin 1893. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 36.)*

In dem Stadium, in welchem die chronische Alkoholvergiftung meist erst zur ärztlichen Beobachtung kommt, besteht dieselbe in einer doppelten Erkrankung: einer psychischen Degeneration und Depravation, die den Charakter betrifft und bei völligem Erloschensein der Energie es dem Kranken unmöglich macht, aus eigener Kraft gegen seinen Zustand anzukämpfen; die eigentliche Trunksucht; und aus einer Reihe von Organ- und Systemerkrankungen, die im speciellen Falle durch das alkoholische Gift hervorgerufen, diesem doch nicht specifisch angehören und deren Symptome durch nachweisbare pathologische, anatomische Veränderungen in den betreffenden Theilen bedingt sind. Der psychische Charakter der Haupterkrankung schliesst eine rein medicamentöse Behandlung aus. Ichthyol und Strychnin haben sich nach unseren Erfahrungen nicht bewährt. Ebenso wird durch eine Behandlung im Hause oder Wohnort des Patienten demselben eher geschadet wie genützt, da erfahrungsgemäss der Kranke die ärztlichen Verordnungen doch nicht einhält und nicht einhalten kann, nun aber an die Möglichkeit einer häuslichen Behandlung glaubt und nicht mehr zu einer genügend langen Cur ausserhalb zu bewegen ist. Ungeeignet ist ein Aufenthalt in Nerven- und Kaltwasserheilanstalten, wegen der ungenügenden Ueberwachung, nicht nothwendig eine Unterbringung in eine Irrenanstalt oder geschlossene Anstalt für Gemüthskranke. Das einzige Geeignete für den Alkoholisten ist die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt, die keinen anderen Zwecken dient. Dieselbe soll nach *Forel* auf dem Lande isolirt gelegen sein, offen geführt werden, aber eine absolute Controle der Umgegend in Bezug auf Kneipenbesuch gestatten. Die Einrichtung muss die einer gut ausgestatteten Nervenheilanstalt sein; besonderes Gewicht soll auf Apparate für schwedische Widerstandsgymnastik gelegt werden, da nichts so günstig auf die Circulationsstörungen einwirkt. Zimmer für



schwedische Kerbholzschnitzereien und andere den Charakter des Spieles tragende nützliche Beschäftigungen sind unerlässlich.

Leider wird auch ärztlicherseits über die Schwere der gerade vorliegenden somatischen Erkrankung der psychische Kern des Zustandes meist übersehen und deshalb Trinker der Anstalt zu einer 4—6wöchentlichen Entziehungscur überwiesen. In dieser Zeit sind allerdings die körperlichen Symptome grösstentheils geschwunden, aber der nun sich körperlich kräftig fühlende Patient wird, abgereist, schon an der nächsten Bahnstation rückfällig. Nur von einer 6—12, bei periodischer Trunksucht und anderen schweren Formen 18monatlichen Behandlung ist wirkliche Heilung zu hoffen. Unsere Gesammtstatistik ergibt 30% Heilungen, diese fallen aber einzig auf den längeren Aufenthalt; bei den Kranken, die länger als 6 Monate geblieben sind, haben wir 80% Heilungen. Es ist deshalb unbedingt nothwendig, dass der behandelnde Arzt bei der ersten Consultation auf eine lange Dauer der Cur aufmerksam macht, da dies nachträglich meist nicht mehr möglich ist. Die Hauptsache bei der Behandlung ist die vom Augenblick der Aufnahme strengstens durchgeführte Abstinenz. Die vielfach gefürchteten Abstinenzerscheinungen beim Alkoholismus gibt es nicht, deshalb ist es auch verkehrt, wie es vielfach noch in Spitälern geschieht, einem wegen einer anderen Krankheit aufgenommenen Potator noch Spirituosen zu geben. Ein drohendes Delirium tritt hierbei doch auf, aber verläuft nach unseren Erfahrungen viel milder und es bedarf viel geringerer Dosen von Beruhigungsmitteln, wenn kein neues Gift nachgeschüttet wird. Die beim Delirium, wie auch bei hydropischen Erscheinungen drohenden Collapse treten auch bei Alkoholzufuhr auf und sind leicht durch Campher zu bekämpfen. Von der Hypnose haben wir keinen Vortheil gesehen; die *Forel*'schen guten Erfolge derselben werden wohl mehr auf dem mit derselben verbundenen langen Aufenthalt mit Abstinenz beruhen. Ausserdem hat sich nach einigen Monaten der Charakter des Trinkers so zum Guten gewendet, dass es leicht gelingt, ihn zum Anschluss an einen Mässigkeitsverein in seiner Heimat schon von der Anstalt aus zu bewegen, so dass er zurückgekehrt von vornherein in eine Gesellschaft kommt, die weitere Verführungen ausschliesst.

Dringend nothwendig ist es, das der Leiter der Trinkerheilanstalt, der unter allen Umständen ein Arzt sein soll, mit seiner Familie selbst absolut abstinent ist, da durch das Beispiel viel mehr erreicht wird, als durch Worte. Bei dem familiären Verkehr, der zwischen Arzt und Insassen herrschen soll, gibt es dann selbst bei den gewaltthätigsten und widerspenstigsten Patienten überhaupt keine Schwierigkeit der Behandlung mehr. Unheilbare Zustände von Alkoholvergiftung (Dementia alcoholica, Paranoia alcoholica, Mania gravis potatorum) sind auszuschliessen und der Irrenanstalt zu überweisen, ebenso sollten Kranke, bei denen der Alkoholismus nur Theilerscheinung einer moralischen Unzurechnungsfähigkeit ist, als an sich unheilbar uud für die anderen Patienten schädlich nicht mehr aufgenommen werden. Heilbar sind von den schwereren, das Centralnervensystem berührenden Fällen dagegen die alkoholische Melancholie, Pseudoparalyse, Pseudotabes, Epilepsie und die periodische Trunksucht, doch erfordern diese einen besonders langen Aufenthalt in der Anstalt.





# Kleine Mittheilungen.

825. ***Oertliche Anwendung von Glycerin und Tannin mit gleichzeitig innerlicher des Jodkali*** empfiehlt *Fritz James Molony* gegen Anosmie nach Influenza. Der Verlust des Geruch- und Geschmacksinnes unter diesen Verhältnissen wird gewöhnlich durch eine Verdickung der Nasenschleimhaut verursacht, die sich in Folge wiederholter catarrhalischer Anfälle gebildet hat. Das hypertrophische Gewebe verschliesst die sensitiven Enden des Nervus olfactorius und erzeugt so Anosmie. Das angewendete Glycerin ruft durch seine Affinität zu Wasser eine locale Entleerung hervor und bringt die Schleimhaut in einen normalen Zustand. Das Jodkali muss einige Zeit genommen werden.

(Brit. med. Journ. 1892. — Allg. med. Central-Ztg. 1893.)

826. ***Gegen den Missbrauch geistiger Getränke.*** Am 4. internationalen Congress, welcher diesbezüglich vom 16.—18. August in Haag abgehalten wurde, vertraten *Dyce Duckworth* und *Schmitz*, Bonn, die Anschauung, dass bei rationeller Ernährung des Körpers ein mässiger Genuss von alkoholhaltigen Getränken nicht allein nicht schädlich, sondern sogar zuträglich sei, und *Stokvis*, Amsterdam, sprach die Ansicht aus, dass für den menschlichen Organismus ein Stimulans sogar nothwendig sei und dass hierzu am besten sich der Alkohol eigne. Diesen gemässigten Anschauungen gegenüber verfocht *Forel*, Zürich, einen absolut alkoholfeindlichen Standpunkt und stellte den Satz auf, dass der Aethylalkohol auch rein und unverfälscht, fein oder grob, concentrirt oder verdünnt, als Bier, Wein und Branntwein absolut giftig wirke. Demgemäss trat *Forel* bei der Discussion über die Frage der Zulässigkeit des Biergenusses der gemässigten Richtung, an deren Spitze besonders Dr. *Ruysch*, Haag, und Dr. *Baer*, Berlin, das Bier zugelassen wissen wollten, energisch entgegen und sprach für die totale Verwerfung aller alkoholartigen Getränke, mit welcher Anschauung er auch die Majorität des Congresses, besonders die Schweizer, Dänen und Norweger, die meisten Engländer und auch einige Deutsche und Holländer auf seiner Seite hatte. Unter den Mitteln, den Alkoholgenuss zu bekämpfen, wurde besonders der Einfluss der Schule erwähnt, demnächst der Einfluss der Frauen, in welcher Frage einzelne Redner soweit gingen, dass sie die Ansicht aussprachen, die Verleihung des Wahlrechtes an die Frauen könne den Alkoholconsum beschränken. Bei der Discussion über die Wirksamkeit legislativer Prohibitivmassregeln machte *Borgesius* die Mittheilung, dass in Holland seit den 12 Jahren der Wirksamkeit des niederländischen Gesetzes der Geneververbrauch von 10 auf 8½ Liter pro Kopf zurückgegangen sei. Jedoch wurde diese Statistik als viel zu optimistisch bestritten und als sehr fraglich anerkannt, ob durch die Verminderung der Schnapsschänken auch der Missbrauch abnimmt und ob die auf Betrunkenheit gesetzten Strafbestimmungen die erzielte Wirkung herbeigeführt haben! *(V. Z.)*

827. ***Ueber Methylenblauinjection bei Neuralgien.*** *Von* ***G. Blomberg****. (Norsk Mag. f. Laegevidensk. 1892. VIII, pag. 1412. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. 7.)*

Im „Rigshospital" in Christiana hat der Verf. das Methylenblau in sechs Fällen von Ischias versucht. Das Mittel wurde theils als subcutane Injection, theils innerlich in Kapseln gegeben. Es zeigte sich ziemlich constant, dass die Injection unmittelbar einen Anfall von recht heftigen Schmerzen verursachte. Nach ein bis zwei Stunden schwanden gewöhnlich sowohl diese wie die ursprünglichen Schmerzen und im Ganzen meint der Verf., dass man das Mittel als ein recht werthvolles Adjuvans in der Ischiasbehandlung bezeichnen muss.

---







sowie auf den Erkrankungsfall genommen werden muss. **Indicirt sind Bäder mit Zusatz von Mattoni's Moorextracten** in allen jenen, leider vielen **Frauenkrankheiten**, wo Moorschlammbäder überhaupt indicirt sind, insbesondere auch bei: **Metritis, Endometritis, Oophoritis, Para- und Perimetritis, Peritonitis, Anämie, Chlorose, Scrophulosis, Rhachitis,** ferner bei **Resorption von Exsudaten, Fluor albus, bei Disposition zum Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, dann bei Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Hämorrhoiden.** Schon nach den ersten Bädern nehmen die Patienten den wohlthätigen Einfluss derselben wahr, das Allgemeinbefinden und Aussehen bessert sich erheblich und eine frohe Laune beherrscht sie, denn sie sehen ihrer sicheren Besserung und vollständigen Heilung entgegen. So besitzen wir denn in Mattoni's Moorextracten einen **Heilschatz von unschätzbarem Werthe,** der sich immer mehr Bahn bricht und den weitesten Kreisen ermöglicht, die so wohlthätigen und heilkräftigen Bäder im Hause und jederzeit ohne grosse Kosten zu bereiten.

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Eulenburg, Albert,* Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Erste Lieferung. Wien und Leipzig 1893, Urban & Schwarzenberg.

*Salkowski, E.,* Praktikum der physiologischen und pathologischen Chemie nebst einer Anleitung zur anorganischen Analyse für Mediciner Berlin 1893, A. Hirschwald.

*Schreiber, E. Cl. (Dr. E. Clasen).* Die Arzneitaxe für Aerzte. Eine Anleitung zum billigen Verordnen von Arzneien. 2. Aufl. Frankfurt a. M. 1893, Johannes Alt.

*Sedlaczek, Dr. Stephan,* Magistratsrath und Leiter des statistischen Departements, correspond. Mitglied der k. k. statistischen Central-Commission. Die Wohnverhältnisse in Wien. Ergebnisse der Volkszählung vom 31. December 1890. Wien 1893, Verlag des Wiener Magistrates.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

828. ***Periphere Thrombosen bei inneren Krankheiten.*** *Von Dr. S. Laache, Christiania. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 33.)*

Die sogenannte „einfache Thrombose", welche im Anschluss an andere Krankheiten in den peripheren Venen der Extremitäten auftritt, hat nach Verf. in ihrem Vorkommen ausserhalb des Puerperiums die verdiente Beachtung nicht gefunden. Sie wird für seltener gehalten, als sie in der That ist, indem die weniger ausgebildeten Formen übersehen werden. Die Ursachen der peripheren Thrombose bilden in erster Reihe locale Zustände allerlei Art, Entzündungen und dergleichen. Für die unteren Extremitäten bildet der Unterleib einen wichtigen Ausgangspunkt. Der Gynäkologe kann sie z. B. bisweilen nach operativen Eingriffen am Uterus entstehen sehen. Die Mehrzahl der puerperalen Phlegmasieen, neueren Anschauungen nach vielleicht alle, und wohl auch die bekannte Aderentzündung beim Gebärmutterkrebs, gehören unter dieselbe Kategorie. Verf. selbst hat bei einem an Perityphlitis leidenden Manne eine Thrombose, zuerst in der rechten und dann in der linken Unterextremität, gesehen, wodurch das Bild der ursprünglichen Krankheit vollkommen verwischt wurde. Für die oberen Extremitäten stellt der Thorax einen ähnlichen, obgleich viel selteneren Ursprung dar. Die Ausgangsstelle braucht aber nicht mit Nothwendigkeit central zu liegen. Auch in der Peripherie, an Fingern oder Zehen, können kleine Wunden, Geschwüre etc. die Ursache bilden. Gerade bei diesen letzteren, auf Localaffectionen der Extremitäten beruhenden Phlebitiden, welche übrigens nur selten in die Behandlung des inneren Klinikers kommen, kann der Uebergang zu pyämischen Zuständen nur successiv und unmerklich stattfinden. — Unter den allgemeinen Ursachen ist zuerst zu nennen das Geschlecht, welches, vom Puerperium abgesehen, eine durchaus prädisponirende Rolle spielt. Unter den vom Verf. behandelten 14 Fällen waren nur 3 Männer. Wie beim Abdominaltyphus, so auch bei Influenza kommt die Thrombose vor. Die Einwirkung dieser merkwürdigen Krankheit auf die Circulationsorgane ist im Vergleich zu derjenigen auf die Respiration und die Nerven verhältnissmässig wenig bekannt. Nächst der Influenza kommt in erster Linie die Lungenentzündung in Betracht; von chronischen Zuständen sind Syphilis, Lungenschwindsucht und der Krebs, überdies Chlorose und Anämie zu nennen. Bezüglich der Symptome gibt Verf. an, dass das charakteristische Bild der „Phlegmasia alba dolens" nicht immer in dem Masse ausgeprägt ist, wie man es der Diagnose wegen wünschen möchte. Auch die sonst so leicht

erkennbare puerperale Phlegmasie bietet viele Abstufungen in der Erscheinung dar. Speciell kann, wenn nicht die Hauptvene selbst verstopft ist, das eigenthümliche weisse Oedem, das Milk leg der Engländer wenig ausgesprochen sein, ja zuweilen vollkommen fehlen. Oder aber das Oedem kann umgekehrt ungewöhnlich stark werden und dadurch den Thrombus gewissermassen verdecken. Der letztere wird sich unter diesen Umständen allein durch eine mehr oder weniger ausgesprochene Empfindlichkeit längs den Gefässen kundgeben. Gewöhnlich hatte die Thrombose ihren Sitz in der einen oder in beiden unteren Extremitäten (Vena femoralis, saphena magna, zuweilen auch parva). Man fühlt dieselbe als einen dickeren oder dünneren, am Oberschenkel oft kleinfingerbreiten, unebenen, kleinhöckerigen Strang. Exanthem, und zwar als eine umschriebene, nicht gerade charakteristische Röthe, kommt vor, ist aber ungleich seltener als bei der Lymphangitis. Im Gegensatz hierzu soll Anschwellung der Lymphdrüsen für gewöhnlich nicht beobachtet werden. Fieberbewegungen sind im Anfang häufig vorhanden. Die Temperaturerhöhung erreicht indessen keine hohen Zahlen (38—39°) und dauert, wenn sie durch andere Ursachen nicht unterhalten wird, gewöhnlich nur einige Tage. Dem Namen nach ist die Krankheit eine schmerzhafte. Die Morphiumspritze lässt sich im Anfang nicht gut entbehren. Die Schmerzen verlieren sich indessen oft recht bald, und die so leicht verständliche Bleischwere stellt sich ein. Je ausgebreiteter die Unwegsamkeit der Gefässe ist, um so kläglicher der Zustand, welcher bei den sogenannten „generalisirten“ Thromben sehr elend werden kann. Um die Krankheit in ihren weniger ausgebildeten Formen nicht zu übersehen, ist die Untersuchung selbstverständlich das einzig und allein Entscheidende. Bei anscheinend rheumatischen oder neuralgischen Schmerzen („Ischias“, wie es die Kranken, wenn sie „es in den Beinen haben“, oft zu nennen pflegen) dürfen die Venen nicht übersehen werden. Recht zweckmässig ist es, bei der Untersuchung den Finger einzuölen, wodurch derselbe leichter über die Haut hingleitet. Es gilt indessen nicht allein, die Krankheit und ihren centralen, respective peripheren Ausgangspunkt zu erkennen; die Diagnose muss auch, der Therapie wegen, in einem so frühen Stadium wie nur möglich gestellt werden. Klagt ein Patient, der sich z. B. in der Reconvalescenz nach einem Typhus befindet, über Schmerzen in der einen Wade, die für Druck empfindlich ist, so müssen wir zuerst an eine beginnende Phlebitis denken und gegen diese unsere Therapie richten. Andererseits kann aber auch die Thrombose an und für sich eine gewisse diagnostische Bedeutung haben. Eine latente Krebserkrankung ist oben bereits angeführt. Noch wichtiger ist dieselbe aber für die Erkennung einer vorausgegangenen heimlichen Geburt. Auf diese Weise kann die Phlegmasie unter Umständen einen gewissen forensischen Werth erhalten, indem die puerperalen Thrombosen alle übrigen zusammen an Häufigkeit weit übertreffen. Auf diese Weise konnte Verf. vor einigen Jahren in einem dunklen Falle die Diagnose auf einen durch artificiellen Abort herbeigeführten pyämischen Zustand stellen. Dass periphere Thrombosen unter Umständen die oft zweifelhafte Diagnose auf Influenza aufhellen können, kann



wohl nicht geleugnet werden. Die Prognose und die Dauer stehen mit dem Grundleiden in enger Verbindung. Eine zur rechten Zeit eingeleitete Therapie wird auch nicht bedeutungslos sein. Das „Damoklesschwert der Embolie“ droht zwar, aber ohne herunterzufallen, wie man überhaupt staunen muss, dass der Ausgang trotz allem anderen als Vorsicht gewöhnlich ein günstiger ist. Die Krankheit hat ja doch in gewissen Fällen eine gefährliche Tendenz zur Verallgemeinerung, d. h. dieselbe greift auf andere Venenstämme als die ursprünglich afficirten über. Die Behandlung besteht in ruhiger Bettlage, wobei der thrombosirte in Watte eingehüllte Theil in erhöhter Stellung gehalten wird, sie führt in den meisten uncomplicirten Fällen zum Ziele. Mit einer gut angelegten Circulärbinde wird die Patientin, wenn sie das Bett verlässt, umhergehen können. *O. R.*

829. ***Fall von Lungenabscess, Heilung durch Incision.*** *Von* ***Fairchild.*** *(Chigaco Clinical Review. XI. 23. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 34.)*

Bei einem 55jährigen Müller, bei welchem die Reconvalescenz nach Pneumonie scheinbar begonnen hatte, konnte man, als Schüttelfrost und Husten zurückkehrten, hieraus und aus den ausgespuckten Massen auf Lungenabscess schliessen. Ungeachtet der sorgfältigsten stimulirenden und stärkenden Behandlung wurde der Patient stetig schlechter. Der Percussionston war vorne ganz ungleich und das Respirationsgeräusch geschwächt, während rückwärts der Percussionsschall ganz gedämpft und die Athemgeräusche ganz unhörbar waren. Da die Veränderung der Lage keine Veränderung der physikalischen Zeichen zur Folge hatte, schloss man, dass sich ein Lungenabscess gebildet habe, und schritt zur Operation. Nach mehreren erfolglosen Punctionen wurde die Aspirationsnadel in den fünften Intercostalraum, gerade vor der Beugestelle der Rippen, eingeführt, worauf Eiter herausfloss. An der Nadel als Führerin wurde eine tiefe Incision gemacht, und da die Rippen zu nahe waren, wurden beiläufig 2 Zoll vom unteren Theile der fünften Rippe resecirt. Die viscerale und parietale Pleura war verwachsen und man ging mit der Kornzange in das Lungengewebe ein, bis Eiter (circa 11 Unzen) herausfloss. Jetzt wurde ein grosses, perforirtes Drainagerohr bis zum Grunde des Abscesses geführt und durch eine Naht an die äussere Wunde fixirt und die Höhlung so lange mit einer Borsäurelösung ausgespült, bis die Flüssigkeit klar zurückfloss, dann Jodoformgaze lose um das Rohr gewickelt und ein reichlicher Verband von Borgaze angelegt. Der Patient erholte sich bald nach der Operation. Die Verbände wurden anfangs täglich gewechselt; der Ausfluss des Eiters nahm stetig ab, Husten und Auswurf hörten bald ganz auf und nach einem Jahre war der Patient vollkommen genesen.

830. ***Ueber den Stillstand des tuberculösen Processes.*** *Von Dr.* ***Legroux,*** *Paris. Vortrag beim III. Congress für das Studium der Tuberculose in Paris 1893. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 34.)*

Häufig tritt im Verlaufe der Tuberculose ein Stillstand ein, so dass die Kranken sich der Täuschung hingeben können, geheilt zu sein. Der Vortr. prüfte sorgfältigst die Bedingungen, unter denen diese Stillstände eintreten, sowie die veranlassenden Momente, in

Folge welcher ein solcher Stillstand aufhört und die Krankheit von Neuem erwacht. Unter diesen veranlassenden Factoren sind hervorzuheben: körperliche Anstrengungen, nervöse Erschöpfung. intercurrente Krankheiten. Vortr. empfiehlt das eingehende Studium aller dieser krankhaften Bedingungen, um den Stillstand zu begünstigen und denselben womöglich in eine dauernde und endgiltige Heilung zu verwandeln. Bei Kindern und Knaben insbesondere ist der Krankheitsstillstand ein häufiges Vorkommniss; man müsse daher das Möglichste thun, um sie schädlichen Einflüssen, die den günstigen Effect aufheben könnten, zu entziehen. Es sei nothwendig, solche Kinder in die besten hygienischen Verhältnisse zu versetzen, ihren Organismus durch gymnastische Uebungen. frische sauerstoffreiche Luft, gesunde nahrhafte Kost zu stärken und ihnen den grösstmöglichen Widerstand gegen allfällige schädliche Einflüsse zu verleihen. Zum Schlusse plaidirt der Vortr. für eine prolongirte interne Behandlung mittelst Creosot und Jodoform.

831. ***Ueber Diagnose und Therapie der Osteomalacie.*** *Von Dr. **Maxim. Sternberg.** (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXII. Heft 3. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 37.)*

Verf. berichtet über 4 Fälle von Osteomalacie, von denen drei unter Behandlung mit Phosphor geheilt, einer. welcher sich durchaus nicht länger im Spitale halten liess, doch sehr bedeutend gebessert wurde. Drei der Fälle betreffen puerperale Osteomalacie, der vierte ist ein Fall von seniler Osteomalacie. Die Kranke des ersten ungemein schweren Falles wurde nach der Entlassung aus dem Spital, in welchem sie ein Jahr zugebracht hatte, abermals gravid (obwohl der Beckenausgang so verengt war, dass eine wirkliche Immissio penis nicht erfolgt sein konnte). In der Gravidität trat nun nicht, wie dies sonst bei spontanem Stillstande der Krankheit der Fall zu sein pflegt, ein heftiges Recidiv auf, heftiger als die frühere Erkrankung, sondern nur ganz geringe Schmerzen im Kreuze. welche die Frau in der Verrichtung ihrer häuslichen Arbeiten nicht hinderten. während sie vor dem Beginne der Behandlung fast ein Jahr lang das Bett nicht verlassen hatte. Es wurde am Ende der Schwangerschaft auf der Klinik *Chrobak* die Sectio caesarea ausgeführt. Die Kranke starb an den Folgen des Eingriffes. Die Section ergab Consolidirung der Knochen des hochgradig osteomalacischen Beckens in den Rindenschichten. Die zweite Kranke, welche ausserordentlich herabgekommen und gleichfalls lange Zeit bettlägerig gewesen war, erholte sich nach mehreren Monaten so weit, dass sie gut gehen konnte. Nach zehnmonatlicher Phosphorbehandlung waren die Knochen so weit consolidirt, dass das Becken kaum noch merklich federte. Bei der dritten Kranken besserte sich der Zustand unter Phosphortherapie sehr rasch, so dass sie dringend entlassen zu werden wünschte. Zu Hause angelangt, erhielt sie vom Apotheker den im Spital verordneten Phosphorleberthran auf das Recept des Verf.'s hin nicht verabfolgt, der dortige Arzt verordnete ihr einfachen Leberthran. Allmälig traten wieder Schmerzen und Bewegungsstörung auf. Die Kranke liess sich ein zweites Mal in's Spital aufnehmen, wo unter neuerlicher Phosphorbehandlung wiederum rasche Besserung eintrat. Die vierte Kranke



eine 60jährige Frau, wurde mit unklaren Schmerzen im Kreuze in's Spital aufgenommen. Es traten auch Schmerzen in den Rippen hinzu und es bildete sich eine Kyphose aus. Als nach fast sechsmonatlicher Beobachtung die Diagnose einer immer fortschreitenden senilen Osteomalacie sichergestellt war, wurde mit der Verabreichung von Phosphor begonnen, unter welcher Behandlung vollständige Heilung eintrat. Der Phosphor wurde nach folgendem Recept verabreicht:

*Phosphori* 0·5,
*Olei jecoris aselli* 50·00.
MDS. Täglich einen Kaffeelöffel.

Die Dosis ist aus der von *Kassowitz* bei Rhachitis für Kinder angegebenen für den Erwachsenen umgerechnet. Sie ist etwas grösser als die Maximaldosis 0·005! pro die der Pharmacopoea Germanica und der früheren Ausgabe der Pharmacopoea Austriaca, indem das Fläschchen gewöhnlich in 8—9 Tagen verbraucht wurde. Das Medicament wurde immer gut vertragen; während intercurrenter kleiner Erkrankungen (Influenza, Angina follicularis, Darmcatarrh etc.), wie sie im Verlaufe der langen Behandlungsdauer gelegentlich eintraten, wurde dasselbe auf einige Tage ausgesetzt. Die negativen Resultate, welche andere Beobachter, wie *Gelpke* bei Verwendung von „Phosphorleberthran nach *Kassowitz*" erhielten, dürften sich aus der für Säuglinge bestimmten Dosis erklären. Auf Grund seiner 4 Fälle und 7 in der Literatur verzeichneten Beobachtungen hält es Verf. für im höchsten Grade wahrscheinlich, dass der Phosphor ein directes und definitives Heilmittel der Osteomalacie ist. Es ist anzunehmen, dass zahlreichen unglücklichen Greisinnen mit seniler Osteomalacie, die jetzt in Versorgungs häusern unter qualvollen Schmerzen dahinsiechen, geholfen werden kann. Ebenso wird es in vielen Fällen bei rechtzeitig durchgeführter consequenter Phosphorbehandlung möglich sein, die Osteomalacie jugendlicher Frauen zum definitiven Stillstande zu bringen und so dem Eintritt schwerer Beckenveränderungen überhaupt hintanzuhalten.

832. ***Ueber einen Fall von plötzlicher, starker Pression innerhalb der Brusthöhle.*** *Von Dr. G. Baccelli. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 10. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 35.)*

Ein gesunder Mann von 60 Jahren, Potator, erwacht aus dem Schlafe mit enormer Athembeklemmung, welche andauert. Am anderen Morgen bemerkt man, dass sein Aussehen ganz entstellt, das ganze Gesicht angeschwollen, der Hals durch Anschwellung „verschwunden" ist. Die Blutgefässe treten stark hervor, so dass Thorax und Hals mit einem Netz erweiterter Adern bedeckt sind. Der Athem ist sehr beschleunigt und röchelnd. Auf der rechten Hälfte des Manubrium sterni gedämpfter Percussionsschall, Herzictus weder sicht-, noch fühlbar. Herztöne normal, Lungenemphysem, ausgedehnte Bronchitis. — Verf. deutet den Fall derart: Aus den beobachteten Erscheinungen ergibt sich, dass es sich um eine Compression der Cava descendens, der Mündung der V. azygos und der rechtsseitigen Bronchien handelt; die Percussion spricht dafür, dass der comprimirende Körper unter der rechten oberen Hälfte des Manubrium sterni liegt. Dieser Körper könnte nun entweder



eine intumescirte Drüse, eine Neubildung oder ein Aneurysma sein. Die beiden ersteren erscheinen durch die Schnelligkeit des Verlaufes ausgeschlossen. Für ein wahres Aneurysma fehlen die charakteristischen Symptome; und so muss angenommen werden, dass es sich um eine Ruptur der Aorta auf atheromatöser Basis handelt, aus der ein Bluterguss stattgefunden hat, welcher durch die umgebenden Gewebe zurückgehalten wird, also um ein Aneurysma spurium. Therapie: Blutentziehung am Jugulum, Sauerstoffinhalationen, Roborantien, Milchdiät, absolute Verhütung jeder Muskelarbeit.

833. ***Zur Prognose der Cholera.*** *Von* ***J. Petit.*** *(Semaine méd. 1893. 42. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 34.)*

Bei den Schwierigkeiten der Prognosenstellung der Cholera ist die Angabe Verf.'s von Interesse, dass es ein Zeichen gibt, welches mit Sicherheit den drohenden Tod des Kranken angibt. In 80% aller von ihm in den letzten drei Epidemien beobachteten verstorbenen Cholerakranken konnte er dieses Symptom nachweisen. Es besteht in einer Aenderung der Dejectionen, die sich in wenigen Stunden vollzieht. Die bis dahin reiswasserartigen, d. h. ungefärbten und geruchlosen Stühle bekommen einen Stich in's Rosafarbige, der, wie die mikroskopischen Untersuchungen Verf.'s gezeigt haben, von einer Transsudation von Blut durch die Gefässwände der von der Mucosa entblössten Darmwand herrührt. Die Stühle bekommen gleichzeitig einen cadaverösen Geruch, der sehr charakteristisch ist, dessen Ursache jedoch schwer zu erklären ist. In allen Fällen, wo dieses Symptom vorhanden war, trat der Tod nach 2—3 Stunden ein.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

834. ***Behandlung eines Epithelioms der Unterlippe.*** *Von Dr.* ***A. Tinzl,*** *Naturns. Mittheilung aus der Praxis.*

Ein verheirateter Taglöhner, Raucher, hatte ein hornartiges, abgeschliffenes, fein zerklüftetes Epitheliom, das sich allmälig vergrösserte und Schmerzen an der Unterlippe verursachte. Verf. behandelte dasselbe mittelst Ausgrabungen mit Lapisstift, während er mit Daumen und Zeigefinger die Lippe zusammengepresst hielt. Verf. that ein Englischpflaster auf die Wunde; aber wie erstaunte er, als Patient sich daraufhin mit einer bedeutend geschwollenen Lippe ansehen liess. Aus Verwechslung hatte Verf. ihm ein dem Englischpflaster gerade ganz gleich aussehendes, schwarzes Englisches Bensons Capcine Pflaster, Ready made Mustard Pflaster, eine feinere Art von Emplastr. Canthar. perpet., welches ausser mit Senföl der prompten Wirkung wegen wahrscheinlich auch mit Cantharidentinctur bearbeitet war, gegeben, und welches wie ein Vesicans wirkend, diese ausgebreitete Entzündung hervorrief. Die Schwellung verlor sich und das Epitheliom war geheilt. Hat hier wohl nächst Lapis nicht auch Bensons Caprine Pflaster, Senf oder wahrscheinlich Cantharidin, das in Form der cantharidinsauren Salze von *Liebreich*



gegen Tuberculose, Lupus u. dergl. angewendet wurde, eine Entzündung, welche zur Heilung führte, veranlasst? Heilen doch wohl auch grössere Geschwülste und Neugebilde durch Inoculation oder Infection mit Rothlaufkeimen. Eine Recidive ist bis jetzt, nach bald 2 Jahren, nicht vorgekommen.

835. ***Zur Behandlung der Phthisiker mit ätherischen Oelen.*** *Von Dr. S. Kersch. (Memorabilien. 1893. September.)*

Das Stillstehen des tuberculösen Processes, welches manchmal durch den Aufenthalt der Kranken in Fichtennadelwaldungen erreicht wurde, liess frühzeitig daran denken, die ätherischen Oele der Nadelbäume für sich oder Mischungen derselben, wie Ol. pini, allein oder Mischungen von Ol. pini, Ol. juniperi, Ol. terebinth. den Inhalationsflüssigkeiten zuzusetzen und den Kranken zur Inhalation anzurathen. Die Darreichung mittelst Inhalationsapparaten konnte keine günstigen Effecte erzielen, weil diese ätherischen Oele nur zum allergeringsten Theile oder gar nicht in Alveolen der erkrankten Lunge gelangten. Um nun die ätherischen Oele der Inspirationsluft in grösserem Masse zuzuführen, ersann Verf. folgendes Verfahren: Er lässt jedem zur Behandlung gelangten Kranken ein ziemlich breites, oben offenes Säckchen aus starkem Tuche verfertigen, dasselbe wird mittelst eines langen Bandes an beiden oberen seitlichen Ecken des Säckchens um den Nacken gebunden, so dass es ungefähr an die Magengrube zu hängen kommt. In dasselbe lässt er ein mit Ol. pini oder ein Gemisch der oben benannten ätherischen Oele gut imprägnirtes Stück Watte legen; seit der Anwendung des *Lister*'schen Desinfectionsverfahrens nimmt Verf. hierzu *Bruns*'sche Watte zwischen zwei trockenen Stücken Wattelagen und die Watte aber zwei- oder dreimal täglich frisch imprägniren. Hiermit ist der Zweck, der Inspirationsluft des Kranken die gehörige und ausgiebige Menge ätherischer Nadelbaumöle zuzuführen, vollkommen erreicht. Zudem ist die Inspirationsluft des Kranken durch die permanente Verdunstung der ätherischen Oele, verstärkt durch die Körperwärme, stark ozonisirt und zum Sterilisiren der Tuberkelbacillen vollkommen geeignet. Der Kranke athmet selbst im Winter bei gut ventilirter Stubenluft Tag und Nacht stark ozonisirten atmosphärischen Sauerstoff ein. Die Erfolge waren gleich nach den ersten Versuchen überraschend günstig. In neuester Zeit, d. h. seit ungefähr fünf Jahren, lässt Verf. auf diese Art Ol. Eucalypti verwenden, sowie Thymol mit Ol. Eucalypti oder Ol. pini pumilion. mit demselben Erfolge. In früheren Jahren hatte er auch in einer kleinen Anzahl von Fällen ätherische Oele, Ol. pini junip. zu gleichen Theilen, auf Zucker getropft, per os nehmen lassen; ist jedoch von weiteren Versuchen abgestanden, weil die Erfolge von weiteren Versuchen abschreckten. Die Kranken verloren nicht allein das Fieber nicht, sondern der die Kranken ohnehin belästigende Husten steigerte sich bis zum Krampfhusten; solche Kranke, bei denen die symptomatischen Schweisse nachgelassen hatten, fingen wieder an, mächtig zu schwitzen, und bei drei Kranken zeigten sich die Sputa von blutigen Striemchen durchzogen. Die Erfolge aber mit den wie oben beschriebenen Inhalationen waren in allen Fällen zweifellos günstig, selbst bei mit colliquativen Schweissen und mit Fieber



behafteten Kranken blieb der Erfolg nicht aus. Ausnahme waren nur solche Kranke, die einen Widerwillen gegen das permanente Einathmen der mit den Aromaticis geschwängerten atmosphärischen Inspirationsluft hatten, und denselben, was leider allzu häufig, namentlich bei weiblichen Kranken, der Fall war, nicht bezwingen wollten oder konnten. Schliesslich theilt Verf. mit, dass er mit Lungentuberculose behafteten Kranken selten ein anderes Medicament, als, um die Expectoration zu erleichtern, Tct. rad. Ipecac. 3 Grm. auf 20 Grm. Spir. anisi nehmen liess. Später gab er fiebernden Phthisikern, auch wenn sie stark schwitzten, zweimal täglich Früh und Abends gegen die Fieberbewegung salicylsaures Natron, was die Sudamina nicht vermehrte, diese vielmehr im Verlaufe der Behandlung gänzlich beseitigte, wenn die Kranken nur dasselbe gut vertrugen. Doch auch ohne Natriumsalicylat kam es zur Besserung. *Loebisch.*

836. ***Ueber acute Carbolintoxication.*** *Von Dr. Alois Rumbold. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 34.)*

In dem vom Verf. mitgetheilten Falle (Friseur, um $^1/_2$2 Uhr Morgens bewusstlos aufgefunden) trat der Exitus bei einer Dosis von circa einem Liter rohen Carbols erst nach sieben Stunden ein. Nach den übereinstimmenden Resultaten der verschiedenen Autoren erfolgte bei Anwendung reiner Carbolsäure der Tod stets sehr rasch, in der Zeit von 5 Minuten bis $1^1/_2$ Stunden bei Dosen von 6—30 Grm. Symptome und Verlauf bieten das Bild einer tiefen, auf die Nervencentren lähmend einwirkenden Störung: Rasche Bewusstlosigkeit, Motilitätsunfähigkeit, verbunden mit Muskelzuckungen, ohne eigentliche Convulsionen, obwohl das Vorhandensein letzterer von mehreren Autoren *(Falk* etc.) beschrieben wurde; Coma und Respirationsstörung nehmen mehr und mehr zu und erfolgt der Tod durch Asphyxie. Frühzeitiges oder erst im späteren Verlaufe der Vergiftung auftretendes Erbrechen, wie anderweitig beobachtet, zeigte sich in dem beschriebenen Falle nicht. Aus dem Sectionsbefunde (Prof. *v. Hofmann)* sind hervorzuheben: Gehirn blutreich, teigig, mit einem schwachen Stich in das Gelbliche mit wenig erweiterten Kammern und normalen Wänden, am Schnitte deutlich nach Carbolsäure riechend, ebenso das Kleinhirn. Basalarterien leicht verdickt, in den Sinus reichlich dunkelflüssiges Blut. Im Rachen und in der Speiseröhre eine grosse Menge theerartiger, öliger, stark nach Carbolsäure riechender Flüssigkeit; Epithel des Rachens und der Speiseröhre weisslich getrübt, leicht abstreifbar. Schleimhäute darunter fein und düster injicirt, ohne auffällige Schwellung; im Kehlkopfe und in der Luftröhre reichlicher, zäher, wie gekocht aussehender Schleim, Schleimhaut überall stark injicirt. Magen mässig ausgedehnt und derb anzufühlen, in demselben fast ein Liter stark nach Carbolsäure riechender Flüssigkeit, welche in eine obere, milchig getrübte und schwächere, und eine theerartig schwarze und massenhaft wie ölige Tropfen enthaltende Schichte getheilt ist. Schleimhaut überall verdickt, grauviolett, in der hinteren Partie mit einem Stich in das Röthliche. Oberhaut ist grau, getrübt, wie gekocht, theilweise abgelöst, theilweise leicht fetzig abstreifbar. *—r.*



**837. *Ueber unangenehme Nebenwirkungen des Diuretin (Theobromin. natro-salicyl.).*** *Von Dr. **Josef Höhn**, Radein. (**Wiener** med. Wochenschr. 1893. 34.)*

Verf. berichtet über unangenehme Nebenwirkungen des Diuretin. Es handelte sich um einen 55 Jahre alten, sonst kräftigen Mann mit Dilatation des Herzens in Folge von Lungenemphysem. Gegen den bestehenden allgemeinen Hydrops wurden bereits einige Zeit hindurch die geläufigen Diuretica und auch Digitalis gebraucht, alle mit ungenügendem Erfolg. Verf. liess vom „Diuretin Knoll" eine 5%ige wässerige Lösung bereiten und liess von dieser einstündlich einen Esslöffel voll verabreichen. Von einer ausreichenden Diurese konnte nun die Rede nicht sein, denn nach dem vierten Löffel (ungefähr 2·50 Diuretin) traten derart unangenehme Erscheinungen auf, dass sich der Patient nicht getraute, das Mittel weiter zu nehmen: rasender Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Angstgefühl und Aufregungszustände, so dass sich die Umgebung des Patienten ernstlich beunruhigt fühlte. Verf. konnte nicht glauben, dass diese Erscheinungen auf den Gebrauch der 2·50 Grm. Diuretin zurückzuführen seien, und war eher geneigt, einem — übrigens zugestandenen — Diätfehler die Schuld zu geben. Zur Vorsorge liess Verf. das Mittel zwei Tage aussetzen und erst am dritten Tage damit wieder beginnen; er liess Alles vermeiden, was Kopfschmerzen oder andere üble Erscheinungen hervorrufen könnte, und sprach dem Patienten, der nun schon eine gewisse Scheu vor dem Mittel hatte, Muth zu, so dass er sich zum Einnehmen desselben entschloss. Aber wiederum nach dem vierten Löffel stellte sich dasselbe furchtbare Kopfweh, Schwindel und die übrigen oberwähnten Erscheinungen ein. Trotzdem nahm Patient noch einige Löffel der Mixtur, wobei sich die üblen Erscheinungen vermehrten, während ein namhafter Einfluss auf die Diurese nicht beobachtet werden konnte. Es wäre möglich, dass bei dem Patienten einfach eine Idiosyncrasie gegen das Mittel herrscht. Doch ersucht Verf. die Collegen, ihre etwaigen günstigen oder ungünstigen Wahrnehmungen bei Gebrauch des Diuretin zu veröffentlichen, damit die Aerzte über die Licht- und Schattenseiten eines im Ganzen vielleicht werthvollen neueren Heilmittels aufgeklärt werden.

**838. *Versuche mit einem neuen Diuretinpräparate (Theobrominlithium — Lithium salicylicum Merck).*** *Von Prof. Dr. **Chr. Gram**, Kopenhagen. Vortrag, gehalten in der Kopenhagener medicinischen Gesellschaft am 21. März 1893.*

Die Brauchbarkeit des Diuretins ist von vielen Autoren bestätigt, aber immerhin bleibt der hohe Preis hinderlich für die allgemeine Verwendung desselben. Versuche mit einer neuen Theobrominverbindung — Theobrominlithium — Lithium salicylicum (Lithiondiuretin) Merck — haben gezeigt, dass dieses Präparat viel leichter resorbirt wird, als das gewöhnliche Diuretin, und die therapeutischen Effecte werden mit kleineren Dosen (3—4 Grm.) ebenso oder vielleicht noch besser als mit Diuretin (6 Grm.) erhalten; man erreicht also dieselben therapeutischen Effecte mit einer Kostenersparniss von circa 20%. Weil einige Patienten Idiosyncrasie gegenüber Salicylsäure und deren Präparaten zeigen, hat Vortr. versucht, mit den entsprechenden Benzoesäureverbindungen



durchzukommen, und in der That hat Theobrominlithium — Lithium benzoicum (Merck) auch sehr gute Resultate gegeben, und Patienten, die die Salicylsäureverbindung nicht ertrugen, haben diese Verbindung vertragen. Die Dosen von Lithiondiuretin (Merck) sind 3—4 Grm. täglich, das Gleiche gilt von der Benzoesäureverbindung. Die Verordnungsweise des Präparates ist wie folgt:

Rp. *Theobromilithii — Lithii salicylici 10,*
*Solve in:*
*Aquae destillatae 150.*
S. Ein Esslöffel voll 3—4mal täglich.

Oder:

Rp. *Theobromilithii — Lithii salicylici 1,*
*Detur in Xplo ad capsulas gelatinosas.*
S. 1 Kapsel 3—4mal täglich mit Nachtrinken von Wasser (1 Glas) jedesmal.

Das neue Präparat ist bei 12 Patienten versucht worden. Von diesen zeigten sich bei 7 (6 Morbus cordis, Degeneratio) und 1 Nephritis acuta (Uraemia) sehr kräftige diuretische Wirkungen. bei 2 (Morbus cordis mit schweren Organveränderungen) gute, aber vorübergehende Wirkung, bei 3 (Cirrhosis hepatis, Nephritis chronica, respective Morbus Basedowii, mit Oedemen) keine oder geringfügige Wirkung. Das Lithiondiuretin hat ebensowenig wie das Diuretin directe Wirkung auf das Herz, aber wie beim Diuretin wird oft die Action regelmässiger und der Puls kräftiger, indem die Herzarbeit durch die Aufhebung der Oedeme und Stasen sehr erleichtert wird. Ueble Nebenwirkungen sind ebensowenig wie bei Diuretin beobachtet worden, abgesehen von der Intoleranz gegenüber Salicylsäure. Oft beobachtet man vorzügliche Wirkung von einer Combination von Lithiondiuretin (respective Diuretin) und Digitalis.

839. ***Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure.*** *Von Dr. **A. Landerer.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 9 u. 10. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 35.)*

Verf. fasst in dieser Mittheilung kurz die Ergebnisse der schon früher von ihm empfohlenen Zimmtsäuretherapie zusammen. Sie besteht bekanntlich in der intravenösen Injection einer 5%igen, alkalisch gemachten Zimmtsäureemulsion (mit Eidotter). Die einzelnen Dosen bemisst Verf. jetzt nur auf 0·2—0·4, höchstens auf 0·6 Ccm.; bei sehr schwachen Personen benutzt er eine 1—½%ige Emulsion. Irgend welche unangenehmen Folgeerscheinungen wurden bei dieser Handhabung der Injectionen nicht beobachtet. Die Wirkung derselben auf die tuberculösen Herde besteht, wie Thierversuche gezeigt haben, darin, dass sich um dieselben Entzündungshöfe bilden, die sich als Capillarectasien und Infiltration des Gewebes mit Leukocyten darstellen. Späterhin tritt Vascularisation der Tuberkel, dann Narbenbildung an Stelle derselben oder um sie herum ein; die Bacillen sterben ab und verschwinden schliesslich. Diese Wirkungsweise der Zimmtsäure beruht, wie sich neuerdings ergeben hat, auf dem starken chemotactischen Effect derselben auf die Leukocyten; ihre intravenöse Injection ruft eine sehr starke allgemeine Leukocytose, namentlich von polynucleären Zellen, hervor und steht somit in ihrem Effect den *Buchner*'schen



Bacterienproteinen sehr nahe. Was nun den therapeutischen Nutzen der Methode betrifft, so hat Verf. unter 50 Fällen von innerer Tuberculose (ohne Auswahl) 10 Todesfälle, 10 Besserungen, 29 Heilungen beobachtet; 1 Fall blieb ungebessert. Und zwar gestalteten sich die Heilerfolge derart, dass die an florider Phthise mit hohem Fieber in jugendlichen Jahren Erkrankten, mit Ausnahme eines geheilten und eines vorläufig gebesserten Falles, sämmtlich starben, Kranke mit grösseren Cavernen wurden zum Theil auf längere Zeit wesentlich gebessert, zum Theil wenigstens sehr lange hingehalten, die Kranken mit Infiltrationen, ohne wesentliche Zerstörungen und mit leidlichem Kräftezustand sind sämmtlich geheilt, selbst solche, bei denen bereits unregelmässige Abendtemperaturen aufgetreten waren. „Bezüglich der chirurgischen Tuberculose ist die Zimmtsäure dem Jodoform in ihrer Wirkung mindestens ebenbürtig, wegen des Mangels von Fieber und heftigen Schmerzen demselben in vielen Fällen vorzuziehen." Verf. appellirt an das ärztliche Publicum und fordert zur Anwendung seiner Methode auf, einerseits wegen der günstigen Resultate, welche sie bei nicht sehr vorgeschrittenen Fällen liefert, andererseits wegen ihrer absoluten Ungefährlichkeit (eine sorgfältige Handhabung vorausgesetzt), schliesslich mit Rücksicht darauf, dass durch die Feststellung der chemotactischen Einwirkung der Zimmtsäure auf die Leukocyten eine theoretische Unterlage für die Erklärung des Heileffectes gewonnen worden ist.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

840. ***Die Behandlung tuberculöser Knochen- und Gelenkerkrankungen mit Jodoformglycerin.*** *Von Dr. **Brodnitz**, Assistent d. chirurgischen Klinik Lücke's in Strassburg. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXV. 5. 6.)*

Seit 3 Jahren werden an der Strassburger Klinik alle Fälle von Knochen- und Gelenkstuberculose mit sterilisirtem Jodoformglycerin behandelt. *Lücke* machte bei nicht zu hochgradiger Tuberculose der Gelenkskapseln, sowie bei kalten Abscessen, deren Ausgangspunkt nicht eruirbar oder nicht erreichbar ist, nach *Billroth* die Injection mit 10⁰/₀iger Jodoformglycerinlösung. In allen anderen Fällen werden zunächst die erkrankten Herde blossgelegt, möglichst entfernt und sodann mit consequenter Jodoformglyceringazetamponade behandelt. Die Resultate, welche bei 87 tabellarisch angeführten Fällen erreicht wurden, sind sehr befriedigende. Von 20 Patienten mit kalten Abscessen sind 9 (3 durch Injection, 6 durch Evidement und Tamponade) geheilt, 8 haben Fisteln, bei 3 das Endresultat unbekannt. Von 43 ostalen Gelenkstuberculosen sind 38 vollkommen geheilt. 16 Kapselerkrankungen sind sämmtlich in Heilung übergegangen. Intoxicationserscheinungen kamen hierbei niemals zur Beobachtung. *Rochelt.*

841. ***Beitrag zur Casuistik der Verletzungen an den oberen Halswirbeln.*** *Von Dr. **Berndt**, Stralsund. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. XXXV.)*

Eine 79jährige Frau stürzte kopfabwärts über eine Treppe. Patientin klagt über heftige Schmerzen im Genicke, motorische



Lähmung der rechten Körperhälfte; an den Proc. spinosis keine Abweichung, aber grosse Druckempfindlichkeit. Im Verlaufe wird neben der motorischen rechtsseitige Lähmung constatirt: vasomotorische Lähmung (Temperaturerhöhung an der gelähmten Seite), Hyperästhesie, Sehnenreflexe anfangs gesteigert, später vermindert. Auf der linken (entgegengesetzten) Körperhälfte totale Anästhesie bis zur Höhe der Läsion bei Erhaltung der Motilität. Es wird die Diagnose auf eine Verletzung des ersten und zweiten Halswirbels mit Durchtrennung oder Compression der rechten Hälfte des Rückenmarkes gestellt. Bei der Obduction der am 31. Krankheitstage verstorbenen Patientin fand sich Fractur des Epistropheus mit rechtsseitiger Luxation des Atlas nach hinten und dadurch bedingter Verengerung der rechten Hälfte des Wirbelcanals, Compression der rechten Rückenmarkshälfte. *Rochelt.*

842. ***Günstige Beeinflussung von Mammacarcinom nach Anwendung von Methylenblau.*** *Von Dr.* ***d'Ambrosio****, Neapel. (Riforma med. 1893. II. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 33.)*

In dem geschilderten Falle waren beide Mammae erkrankt, rechts in Form eines isolirten, noch beweglichen Knotens, linkerseits in Form einer in grosser Ausdehnung exulcerirten Krebsgeschwulst von der typischen Form eines Cancer en cuirasse. Das Methylenblau wurde in der Dosis von 1 Grm. einer $^1/_2$%igen Lösung in das Parenchym und in die Peripherie des Tumors mittelst *Pravaz*'scher Spritze einmal des Tages injicirt und die Geschwürsfläche mit 1%iger Farbstofflösung behandelt. Schon nach zweiwöchentlicher Behandlung schwanden die Blutungen und die lancinirenden Schmerzen und nach 4 Monaten schien der Tumor selbst und die Drüsenschwellung, sowie die kleinen Knötchen der Umgebung verschwunden. Nachdem auch der allgemeine Kräftezustand sich gehoben hatte, wurde der rechtsseitige Tumor, welcher nun noch schmerzhaft zu werden anfing, exstirpirt. Eine späterhin auftretende linksseitige Pleuritis konnte nicht auf carcinomatöse Erkrankung der Pleura bezogen werden, weil die durch Punction entfernte Flüssigkeit völlig klar war und nach der Punction Genesung eintrat. Die Stelle des exulcerirten Carcinoms bietet schliesslich nur mehr das Aussehen einer harten Narbe, welche zum Theil von einer schwärzlichen Kruste bedeckt war, und ausserdem bestehen Knötchen in der Haut, welche bei fortdauernder Anwendung der Injectionen noch immer abwechslungsweise auftreten und verschwinden. Der Fall ist ein Beispiel für die günstige Beeinflussung eines Carcinoms durch Farbstoffinjectionen, wenngleich eine völlige Heilung nicht erreicht worden ist.

843. ***Ein Fall von Communication des Darmrohres mit der Blase.*** *Von Dr.* ***Intlekofer****. (Der prakt. Arzt. 1893. 3. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 35.)*

Ein über 60 Jahre alter Herr, sonst stets gesund gewesen, erkrankte, nachdem einige Wochen vorher kaum beachtete Unterleibskoliken vorangegangen waren, an einer starken Hämaturie mit lange Zeit nachfolgender Strangurie. Das Vorhandensein eines Blasentumors oder eines Steines konnte nicht festgestellt werden, dagegen leitete die mikroskopische Untersuchung des Urinsediments auf die richtige Diagnose. Im schwarzbraunen, krümligen Nieder-




schlag fanden sich nach der Prüfung durch *de Bary*-Strassburg die Ueberreste phanerogamer Pflanzentheile, welche nur durch Perforation des Darmes in die Blase gelangt sein konnten. Die vorgeschrittene Zersetzung dieser Theile deutete auf einen sehr tiefen Sitz der Perforationsstelle. Durch Mastdarmeingiessungen liess sich aus dem Darm nichts von gefärbter Flüssigkeit in die Blase treiben, dagegen gelangten Lycopodiumkörper, mit Milch per os gegeben, schon nach zwei Stunden in die Blase. Eine Operation wurde verweigert. Locale Behandlung der Blase mit Ausspülungen führte zu vorübergehender Besserung des Befindens; nach zwei Jahren aber erlag der Patient, nachdem immer mehr Koth in die Blase übergetreten war, welcher dem Urin die Beschaffenheit eines dünndiarrhoischen Stuhles gab, einer acuten Peritonitis. Die Section ergab eine Verwachsung des Colon mit der Blase in der Höhe der oberen Beckenapertur, eine Perforation des S romanum von Linsengrösse innerhalb eines Geschwürsdefectes, und einen Defect in der hinteren Blasenwand, beide verbunden durch einen schwieligderben Fistelgang. Ueber die Entstehungsursache dieser Geschwürsbildung, deren Ausgangsstelle vom Autor mit grösserer Wahrscheinlichkeit in die Blase verlegt wird, gab auch die Section keinen Anhalt. Aus der Literatur hat der Autor nur drei Fälle von *Dittel* und zehn von *Putegrat* zusammengestellte gleichartige Fälle gefunden.

844. ***Die Behandlung der chronischen Metritis.*** *Von Dr. Lutaud. (Revue obstetr. et gyn. 1892. 12. — Der Frauenarzt. 1893. 8.)*

Verf. theilt die Metritis in die einfache catarrhalische Form und in die Metr. fungosa haemorrhagica ein. An der ersteren, meist durch mangelhafte Involution nach Schwangerschaften entstandenen Form leiden Legionen von Frauen, und zwei ihrer hauptsächlichsten Complicationen sind, wie Verf. mit grimmem Humor sagt, künstlichen Ursprungs: Verletzungen durch Cauterisationen und Verstümmelungen durch die *Emmet*'sche Operation, beide zum Glück heilbar. Die zweite Form geht manchmal aus der ersteren hervor, tritt aber öfter im Zusammenhang mit Aborten als mit Schwangerschaft auf. Sie ist durch den Blutabgang (oft abwechselnd mit Eiterabgang) charakterisirt. Was die Behandlung anbetrifft, so verwirft Verf. die Drainage als zu umständlich, die Einführung von Chlorzinkstiften als gefährlich, das Curettement als für die chronische Form der Metritis nicht passend u. s. f. Seine eigene Behandlung ist keine neue, sondern eine solche, die aus dem Bekannten das Beste ausliest und einheitlich gestaltet. Sein Verfahren zerfällt in folgende Abschnitte: 1. Allmälige Dilatation mit dem Laminariastift. 2. Ausspülung der Gebärmutterhöhle vermittelst eines doppelläufigen Catheters. 3. Einführung aseptischer Schwämme in's Uteruscavum, die eventuell als Träger die Schleimhaut beeinflussender Mittel dienen. Zur Spülung wendet er gleich *Schultze* in Jena Sodalösung an, nur, wenn Infection vorliegt, bedient er sich der folgenden Formel:

Rp. *Naphthol.,*
*Salol.,*
*Chloral. aa. 5·0,*
*Spir. vini 250·0.*



Hiervon 1 Kaffeelöffel auf 1 Liter abgekochtes Wasser. Bezüglich der Schwämme macht er auf den innigen Contact aufmerksam, in welchen diese zur Mucosa treten, in deren tiefste Rinnen sie sich hineindrängen, so dass dies gar nicht mit der Wirkung von Spülungen, Wischungen und dem Einlegen von Medicinkörpern irgendwelcher Art verglichen werden kann. Diese Schwämme werden in Sublimat gelegt, sodann zurechtgeschnitten und bis zum Gebrauch in Jodoform aufbewahrt. Dieselben bleiben 6—8 Stunden liegen, dann folgt eine neue Spülung und die Behandlung ist zu Ende und meist ein voller Erfolg erzielt. Nur in besonders schweren Fällen ist Verf. neben der mechanischen Wirkung der Schwämme genöthigt, diese noch als Träger chemischer Agentien zu benutzen. In diesen Fällen werden dieselben vor der Einführung mit der folgenden Lösung zwei Minuten lang getränkt.

Rp. *Acid. salicyl. 1·0,*
*Alkohol. 10·0,*
*Aq. destill. 240·0.*

Verf. fordert lebhaft zu Versuchen mit seinem Verfahren auf, ehe man sich zu energischerem Eingreifen entschliesse.

**845. *Eine neue Behandlung krebsiger Erkrankungen.*** *Von Dr.* **Charpenter.** *(Deutsche med. Ztg. 1893. 3. — Der Frauenarzt. 1893. 8.)*

Frau F. war wegen eines Sarcoms der Brust operirt worden: Amputatio mammae, Ausräumung der Achselhöhle. Einige Monate später entstand am Oberarm derselben Seite eine mit der Haut und der Unterlage verwachsene Geschwulst, die vom Olecranon bis fast zur Schulter reichte, Oedem der Hand und starke Schmerzen verursachte. Die bedeutendsten Chirurgen waren einig darüber, dass es sich um einen bösartigen Tumor handelte. In der Operationsnarbe neue Knoten. Die Kranke verweigerte sowohl die Entnahme kleiner Partikel zur mikroskopischen Untersuchung, als auch die vorgeschlagene Exarticulation des Oberarms, da sie eine „Krebscur“ machen wollte. Die Cur begann im November; nach drei Wochen schon verschwand das Oedem und die Schmerzen und die Geschwulst wurde kleiner. Als Verf. einige Monate später untersuchte, war die Narbe rein, der Arm bis auf geringe schwielige Verdickung normal, die Frau hatte 15 Pfund an Gewicht zugenommen. Die „Cur“ ist folgende: Eine Fluidunze (circa 36 Grm.) des Extracts von Rumex crispus wird mit der neunfachen Menge Wasser verdünnt. Ferner fügt man zu 4 Grm. des Extracts von Phytolacca decandra 80 Grm. Wasser. Von dieser letzteren Mixtur gab die Kranke 1/4 Theelöffel voll zu der ersteren, von der dreimal täglich zwei Theelöffel voll genommen wurden. Gleichzeitig wurde zweimal täglich die Geschwulst mit einer Salbe aus denselben Drogen eingerieben. (Ist schon Ulceration da, so muss die Phytolacca äusserlich wegbleiben.) Die Salbe hatte etwa folgende Zusammensetzung:

Rp. *Extr. Phytolaccae fluid. 4,*
*„ Rumicis crispi 60,*
*Cerae flavae 30,*
*Adipis benzoinati 90.*

Verf. setzt auf dieses „Volksheilmittel“, von dem er zufällig erfahren hat, die grössten Hoffnungen.



846. ***Zur chirurgischen Behandlung der Ectopie der Hoden bei Knaben.*** *Von Prof. Dr.* ***Broca****, Paris. (Revue mens. des malad. de l'enfance. — Jahrb. f. Kinderhk. 1893.)*

Das Zurückbleiben der Hoden im Leistencanal führt in gewissen Fällen zur männlichen Sterilität oder zu nervösen hysterischen Erscheinungen. Eine Hernie kann sich bilden oder es fordern nachträgliche Schmerzen und Beschwerden zu einem Eingriff auf. Oft macht der im Leistencanal festsitzende Hode das Tragen eines Bruchbandes bei gleichzeitig bestehender Hernie unmöglich. Wann ist ein chirurgisches Vorgehen gerechtfertigt? Beim gegenwärtigen Stande der Asepsis gewiss in allen acuten Fällen. Es bietet die Eröffnung des Leistencanales mit Herabziehen des Hodens und Fixiren desselben im Hodensacke durch nachfolgende Vernähung des Leistencanals nicht mehr Gefahren als die Radicalcur der Leistenhernie. Wo aber keine stürmischen Erscheinungen zum Angriff auffordern, soll der Chirurg wegen blosser Retentio testis doch einschreiten? Verf. antwortet mit „Nein" auf diese Frage. Man soll zuerst versuchen, durch regelmässiges, schonendes Massiren den Hoden in den Leistenring zu schieben. Ist er einmal dort angelangt, so kann man ihn durch methodisches Ziehen oder durch Tragen einer passenden Bandage am Platze erhalten; körperliche, anstrengende Uebungen, Turnen, Floretfechten, Reiten können auch mithelfen, das Resultat zu befestigen. Erst wenn das 12. bis 14. Altersjahr vorüber ist, glaubt Verf. bei Fehlen acuter Erscheinungen das chirurgische Aufsuchen des verborgenen Hodens gerechtfertigt. Incision wie für die Radicalcur der Leistenhernie; Spaltung des Leistencanals; Aufsuchen des Hodens. Ist derselbe durch fibröse Stränge fixirt, so werden dieselben mit gut desinficirtem Fingernagel zerrissen oder mit dem Bistouri durchschnitten, bis der Hoden völlig mobil wird. Hierauf Untersuchung des Samenstranges, welcher nur noch vom Vas deferens und den Samenstranggefässen gebildet sein soll. Der Hode wird jetzt eventuell nach Zerstörung einer an der Basis des Hodensackes oft sich vorfindenden Querscheidewand im Grunde des Hodensackes fixirt und dort durch exacte Seidennaht des Leistencanals festgehalten. Nur durch letzteres Verfahren ist es möglich, den Hoden am Platze zu festigen. Narbencontraction kann ihn allerdings wieder nach dem Leistenringe hin ziehen: Verf. glaubt aber nicht, dass es berechtigt sei, ihn durch Apparate hieran zu verhindern.

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

847. ***Zur Frage der totalen Kehlkopfexstirpation.*** *Von Prof.* ***Poppert****, Giessen. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 35.)*

Die Hauptgefahr der Kehlkopfexstirpation besteht in der nachträglichen Zersetzung des Wundsecretes in Folge der Communication der Wunde mit dem Pharynx. Um die Resultate dieser Operation, welche trotz strengster Antisepsis noch immer eine Mortalität von circa 36% nachweist, günstiger zu gestalten, musste



daher vor Allem darauf Bedacht genommen werden, die Verbindung der Wundhöhle mit dem Schlund zu verhüten. Es musste nach dem zuerst von *H. Schmid* gemachten Vorschlage, die Wunde nach dem Pharynx zu fest abgeschlossen werden. Dieser Vorschlag *Schmid's* stützte sich auf eine von ihm gemachte Beobachtung, bei welcher nach der Kehlkopfexstirpation trotz völligen Abschlusses der Luftwege von dem Pharynx nachträglich eine laute Stimme, eine sogenannte Pseudostimme, sich entwickelte. Er glaubte, man solle von vornherein auf die Benützung des künstlichen Kehlkopfes verzichten und sofort die Oeffnung nach dem Pharynx durch die Naht verschliessen, falls durch die weitere Erfahrung sich ergäbe, dass in allen Fällen von Kehlkopfexstirpation sich eine Pseudostimme entwickle. Doch scheint dieser Vorschlag bisher nicht praktisch ausgeführt worden zu sein.

*Bardenheuer* hat in 4 Fällen ebenfalls die Oeffnung nach dem Schlunde durch die Naht verschlossen, doch nur so lange, bis die Wundhöhle mit guten Granulationen ausgekleidet und Störungen des Wundverlaufes nicht mehr zu befürchten waren. Nach etwa 14 Tagen wurden die Nähte entfernt, um eine Verbindung mit dem Pharynx zum Einlegen eines künstlichen Kehlkopfes wieder herzustellen. In dieser Weise ist es ihm gelungen, vier Kranke nach einander durchzubringen, während von seinen fünf ersten, in gewöhnlicher Weise Operirten, vier an Lungencomplicationen gestorben sind. — Verf. hat im August 1892 bei einer 68jährigen Bauersfrau wegen Carcinom die totale Kehlkopfexstirpation vorgenommen und zum Schlusse die auf dem Boden der grossen Wundhöhle bestehende, etwa zweimarkstückgrosse Communication mit dem Pharynx in senkrechter Richtung durch eine zweireihige exacte Naht geschlossen. Der Heilungsverlauf war ein ganz glatter, fast fieberloser. Nur am ersten Tage traten dyspnoische Beschwerden durch Eindringen von Blut in die Trachea auf, welches jedoch bald ausgehustet wurde. Durch Höherstellung des Fussendes des Bettes wurde dem weiteren Eintreten dieses Zufalles vorgebeugt. Die Nahrungsaufnahme verursachte gar keine Schwierigkeiten und nach zehn Tagen konnte die Operirte das Bett theilweise verlassen. Da dieselbe unmittelbar nach der Operation mit Flüstersprache, die später noch deutlicher wurde, sprechen konnte, hat Verf. auf die Anbringung eines künstlichen Kehlkopfes verzichtet. Diese Sprache hat mit der gewöhnlichen Flüstersprache grosse Aehnlichkeit und hat auch dieselbe Intensität. Doch fehlen ihr gewisse Buchstaben des Alphabets oder können nur in Verbindung mit anderen ausgesprochen werden. So können Vocale nicht selbstständig oder am Anfange des Wortes, sondern nur in Verbindung mit Consonanten als Zwischenlaute ausgesprochen werden. Verf. ist der Ansicht, dass man in allen Fällen von Kehlkopfexstirpation mit Rücksicht auf die viel bessere Prognose quoad vitam und wegen der viel einfacheren Nachbehandlung die Verbindung der Wundhöhle mit dem Schlund schliessen und auf die Anwendung des Sprechapparates, für die erste Zeit wenigstens, verzichten sollte. Die Gefahren der Operation werden dadurch wesentlich vermindert. *Hönigsberg.*

848. ***Zur Anwendung des Cocains in der Ohrenheilkunde.*** *Von Dr. A. Hecht, Lohnau. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 37.)*

Verf. erprobte an sich selbst die günstige Wirkung vom Einträufeln einer 5%igen lauwarmen Cocainlösung in das Ohr bei Hyperämie des Trommelfells und der Paukenhöhle. Früher hat schon *Stanislaus v. Stein* (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1890. 3) die ausgezeichneten Erfolge mitgetheilt, welche er mit einer Verbindung von Cocain mit Resorcin bei allen mit hyperämischen Zuständen verbundenen Affectionen des äusseren Gehörganges, des Trommelfelles und der Paukenhöhle erzielt hat. *v. Stein* verordnet

Rp. *Aq. destillat. 10·0,*
*Resorcin 0·1,*
*Cocain. hydrochlor. 0·2—0·5,*
(*Morph. hydrochlor. 0·01—0·05* bei Schmerzen).

Die Lösung soll täglich 2 - 4mal erwärmt in den Gehörgang eingeträufelt und 5—15 Minuten darin belassen werden, muss dann jedoch unbedingt durch hygroskopische Baumwolle aus dem Ohr entfernt werden, da sie bei längerem Verweilen meistens ungünstig auf den Localprocess einwirkt. Sollte sich nach öfteren Einträuflungen Jucken oder sogar ein Eczem des Meatus auditorius externus einstellen, so empfiehlt *v. Stein*, jedesmal vor und nach dem Eingiessen die Muschel und den äusseren Theil des Gehörganges mit folgender Salbe zu bestreichen:

Rp. *Lanolin,*
*Vaselin. flav. pur. aa. 5·0,*
*Zinc. oxydat. 1·0.*
*Acid. boric. subtiliss. pulverat. 0·5,*
*M. f. Ungt.*

Dass an den Erfolgen, wie sie *v. Stein* mit obiger Solution erzielt, das Resorcin keinen Antheil hat, geht zur Genüge daraus hervor, dass eine 5%ige Cocainlösung ohne Zusatz von Resorcin sich in des Verf.'s Fall als gleich wirksam erwiesen hat. Gleichwohl hält er den Zusatz von Resorcin nicht für überflüssig, da er geeignet ist, die Haltbarkeit der Cocainlösung zu erhöhen. Neuerdings empfiehlt auch *Wolfstein*, bei Otitis media acuta von einer 5%igen Cocainlösung 5—6 Tropfen in den äusseren Gehörgang einzuträufeln. In der Mehrzahl der Fälle waren 4 bis 5mal täglich vorzunehmende Instillationen ausreichend, um nach 2—3 Tagen das Leiden zu beseitigen (cf. Allg. med. Central-Ztg. 1893. 38). Uebrigens hat *Kiesselbach* schon früher (cf. Monatsschr. f. Ohrenhk. 1889. 9) Injectionen von 5—10 Tropfen Cocainlösung zur Bekämpfung von Ohrgeräuschen per tubam ausgeführt und empfohlen. Dieselben haben sich besonders in frischen Fällen bewährt. Oft genügte bereits eine Einspritzung, um die Geräusche völlig zu beseitigen. Die Einspritzungen werden meist in Zwischenräumen von 3—5 Tagen wiederholt. In chronischen Fällen wurde nur zuweilen ein Erfolg erzielt. Die Erklärung sucht *Kiesselbach* in der Herabsetzung des arteriellen Druckes durch mittlere Gaben von Cocain. Bei allzugrossen Dosen oder zu starker Concentration der Cocainlösung treten leicht stürmische Erscheinungen, wie heftiger Schwindel, Erbrechen, Zittern, sogar Be-





wusstlosigkeit auf. Ueber einen solchen Fall berichtet erst neuerdings wieder *Ficano* (Referat in Annal. des Malad. de l'oreille. 1891. 1). Die Intoxication trat hier nach Injection von 4 bis 5 Tropfen einer 5%igen Lösung in die Paukenhöhle ein. Die Erscheinungen, Zittern, Schwindel und Erbrechen hielten vier Stunden an. *—r.*

849. ***Ueber die sogenannte schwarze Zunge.*** *Von Dr.* ***Ciaglinski*** *und* ***Hewelke****, Warschau. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXII. Heft 6. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 71.)*

Als schwarze Zunge werden schwarzgefärbte Flecke bezeichnet, welche auf der Oberfläche der Zunge entstehen. Meistens handelt es sich um einen dunkelbraunen Fleck vor den Papillae circumvallatae ohne scharfe Umgrenzung, bald glatt, bald haarig. Die Krankheit macht gar keine Beschwerden, sie verschwindet in manchen Fällen von selbst, in einem Zeitraum von Tagen, Wochen, Monaten bis Jahren. Das Wesentliche scheint hierbei die Hypertrophie der Zungenpapillen zu sein, nach *Rydygier* können sich zufällig auf den hypertrophirten Papillen Parasiten entwickeln, die der Oberfläche die braune oder schwarze Farbe verleihen. Bei einer 24jährigen Frau beobachteten die Verff. das Auftreten eines solchen Fleckes nach einer schweren Influenza, nach zwei Tagen war der Fleck verschwunden. Der schwarze Belag bestand hier aus schwarzen Schimmelpilzen, dieselben liessen sich auf Brot und Kartoffeln bei Zimmertemperatur züchten. Schon am zweiten Tage wurde die Oberfläche des geimpften Nährbodens mit schneeweissem zarten Anlauf bedeckt, am dritten Tage waren an der Spitze der frei nach oben ragenden Fäden mit blossem Auge kleine schwarze, vollkommen runde Köpfchen zu unterscheiden, welche schliesslich zur völligen Schwarzfärbung der Cultur führten. Diese Schimmelpilze sind bei Injectionen in die Venen von Kaninchen unschädlich. Die Verff. nennen den Pilz Mucor niger, die Zungenaffection Mycoris linguae mucorina nigra seu nigrities mucorina linguae.

850. ***Alumnol bei den catarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege.*** *Von Dr.* ***Alexius Stipanics****, Budapest. Aus dem Laboratorium für Kehlkopfkranke der I. medicinischen Klinik in Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 37.)*

Verf. berichtet über seine mehrmonatlichen Versuche mit Alumnol bei Nasen-, Rachen- und Kehlkopferkrankungen. Bei Rhinitis chronica, wo die Schleimhaut nicht partiell atrophisirt oder hypertrophisirt war, ist nach längerer Behandlung gut geworden, die Klagen hörten rasch auf. Douche $^1/_2$—1%iger wässeriger Lösung, Pinselung mit 1–5%iger wässeriger Glycerinlösung, Insufflation mit 10—20%igem Alumnolamylum. Zu bemerken ist, dass sich die Schleimhaut der Nase dem Alumnol gegenüber sehr empfindlich zeigt. Schon nach Auswaschungen mit 1%iger wässeriger Lösung stellen sich manchmal für mehrere Stunden Reizerscheinungen ein: Brennen, Wärmegefühl, reichliche wässerige Secretion, Verstopfung der Nase und Kopfschmerz. Die Staubmischungen und Glycerinlösungen werden besser vertragen, weil der bewirkte Contact weniger intensiv ist. Auch bei Ozaena simplex waren die Erfolge gut, aber nur dann, wenn die Appli-



cation in Form von Auswaschungen geschah. Aehnlich waren die Erfahrungen bei retronasalen, catarrhalischen Uebeln. Bei Rhinitis hypertrophica wird die Schleimhaut auch blässer, ohne sich aber zurückzubilden. Gegen Tonsillitis catarrhalis und follicularis, Pharyngitis catarrhalis acuta und chronica leistet das Alumnol in Gargarismenform gute Dienste; es schmeckt übrigens besser als Alaun oder Tannin. Die Schleimhaut des Rachens ist weniger empfindlich und werden 10—20%ige Pinselungen ganz gut vertragen. Der überraschendste Erfolg des Alumnol zeigte sich bei den acuten catarrhalischen Erkrankungen der Larynxschleimhaut; der ganz heisere und aphonische Patient gewann nach einmaliger Einathmung seine klingende Stimme zurück, nur mussten die Einathmungen öfters wiederholt werden. Der Spiegel zeigte Verflachung und Blässe der gedunsenen Schleimhaut. Vergleichende Inhalationen mit Wasserdünsten und mit Tannin haben für das Alumnol ein ausserordentlich günstiges Resultat ergeben. — Bei acuten Erkrankungen wurden $^1/_2$—1%ige Inhalationen gemacht, ohne wesentliche Reizerscheinungen nach sich zu ziehen. Auch bei solchen chronischen Fällen, wo sich das Argentum nitricum unnütz erwies, hat sich das Alumnol in Pulvermischung von 2 : 10—5 : 5 bestens bewährt. Erwähnenswerth ist auch die styptische Wirkung des Alumnol; 1%ige Nasenausspülungen haben öfters auch in solchen Fällen die Blutung schon nach wenigen Secunden zum Stillstande gebracht, wo selbst die einfache Tamponade von vorübergehender Wirkung war.

851. ***Behandlung verschiedener Affectionen der Mundhöhle und des Zahnfleisches.*** *Von* ***Viau.*** *(Journ. de méd. et de chir. prat. 1893. II. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 34.)*

Bei Alveolarabscessen mit starker Schwellung soll mit einer Lösung von 3·0 Jodkalium und 1·0 Chloroform auf 20 Aq. Lauri reg. und 250 destillirtes Wasser lauwarm gegurgelt werden; auch eine Lösung von Salol und Menthol aa. 4 und 3·0 Chloroform auf 400 Wasser kann — ebenfalls lauwarm — angewendet werden; das Zahnfleisch ist mit einer Mischung von Tinct. Jodi und Tinct. Aconiti aa. 4·0 mit Chloroform und Tinct. Benzoin. aa. 1·0 zu bepinseln. Bei Atonie des Zahnfleisches empfiehlt sich als Zahnpulver eine Mischung von 2·0 Salol auf Pulvis Chinae und präcipitirte Kreide aa. 10·0 mit Zusatz von Minzenessenz, oder 10·0 Kohle mit Magnesia und China aa. 5·0 und Salol und Resorcin aa. 1·0, oder endlich als Zahntinctur eine Lösung von 1·0 Salol in 100 Grm. 90%igen Alkohol mit Zusatz von Rosen- und Minzenessenz und Cochenilletinctur. Bei Gingivitis aphthosa sollen Bepinselungen mit 0·25 Salol und 0·5 Cocain in 15·0 Glycerin gelöst, verwendet werden, oder die Aphthen sind mit einer Lösung von 5·0 Borax und 2·0 Tannin in 60·0 Glycerin zu betupfen. Bei erythematöser Gingivitis sind als Gurgelwässer zu empfehlen: 2·0 Tinct. Ratanh., 3·0 Tinct. Chamomill. und 90·0 Tinct. Myrrhae mit 0·2 Thymol. — ein Kaffeelöffel in einem Glas Wasser, halbstündlich — oder Tinct. Ratanh. und Tinct. Myrrhae aa. 5·0 mit 1·0 Jodtinctur — einige Tropfen in einem Glas Wasser. Bei schmerzhafter Gingivitis sind Bepinselungen mit 3·0 Jodtinctur auf 5·0 Glycerin mit 1·0 Carbolsäure vorzunehmen. Bei Periodon-

titis expulsiva ist nach dem Reinigen der Zähne ein Mundwasser aus 0·5 Menthol, 0·3 Carbolsäure, 20·0 Alkohol und 500 Wasser anzuwenden. Bei Stomatitis sind Gurgelungen mit 2·0 Salol, 5·0 Kal. chlor. und 1·0 Chloralhydrat auf 250 Wasser vorzunehmen, oder eine Lösung von 1·0 Borsäure, 0·75 Kal. chlor., 0·15 Succus Citri und 0·1 Glycerin anzuwenden. Bei Blutungen nach Zahn- und Zahnfleischoperationen wird die Anwendung einer Mischung von 10·0 Carbolsäure und je 5·0 Gerb- und Benzoesäure auf 100 Collodium empfohlen.

---

# Dermatologie und Syphilis.

852. ***Behandlung der Syphilis des centralen Nervensystems.*** *Von **Paul Kowalewsky.** (Experta med. 1893. 8.)*

Bezüglich der antiluetischen Behandlung der syphilitischen Affectionen des centralen Nervensystems unterscheidet Verf. bei der Inunctionscur streng die acuten von den chronischen Fällen der Hirnsyphilis; bei den ersteren gibt er 4—6 Grm. pro die, bei den subacuten 4 Grm., bei den chronischen 1—2 Grm., hier aber lange Zeit hindurch. Ueberhaupt Frictionen so lange fortzusetzen, bis alle Lueserscheinungen verschwunden sind, und darüber noch 15—20 Einreibungen! Die Behandlung der Syphilis des Centralnervensystems in Curorten werden 60—80 Frictionen verordnet Ausserdem empfiehlt Verf. noch regionäre, mit Massage verbundene Einreibung an Stellen, wo grössere Drüsenpackete liegen. Subcutane Therapie lässt Verf. ausser Acht, dagegen liebt er das Decoctum Zittmanni fortius, das auf die syphilitische Neubildung vernichtend wirke, die Activität der Haut-, Nieren und Darmfunction steigere und somit die raschere Entfernung der schädlichen Producte befördere; besonders bei chronischen, gummösen Processen ist das Mittel empfehlenswerth! Jod besonders bei den cerebralen Formen der Syphilis wirksam. Verf. gibt in der Regel Natr. jodat., zunächst 0·5 zweimal des Tages in Milch, jeden Tag um 0·3—0·5 steigend, bis die Dosis 12 Grm. pro die erreicht ist. Diese Dosis 7—10 Tage darzureichen, dann allmälige Verringerung. Nach 7—14 Tagen Erholung wird dieser Cyclus wiederholt. Verf. verschreibt jedoch solche Dosen nur im Sommer bei heissem und trockenem Wetter, zugleich mit heissen Bädern. Bei Störung der Herz- und Nierenthätigkeit muss die Jodbehandlung sogleich eingestellt werden; bei Störungen des Darmcanals sind die Joddosen kleiner zu machen! Verf. befürwortet auch die Bäderbehandlung der Syphilis, besonders in den natürlichen Schwefelbädern.

853. ***Ein Fall von Milchsäuregährung in der Harnblase.*** *Von **William Roberts.** (Lancet. 1893. 3626. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 33.)*

Bei einem 84jährigen Manne, an welchem fünf Jahre früher eine Lithotripsie gemacht worden war und der sich seither des Catheters bediente, war frisch entleerter Harn sehr trübe, ausserordentlich sauer und enthielt etwas Zucker. Die bacteriologische Untersuchung ergab, dass er zahllose Mikrococcen und Bacillen.



auch solche, wie sie in saurer Milch vorkommen, enthielt. Der Patient beklagte sich über keines der gewöhnlichen Symptome von Diabetes. Eine besondere Eigenheit des Falles vom klinischen Standpunkte aus war die Fortdauer einer scharfen sauren Reaction des Harnes, und dementsprechend hatten sich auch keine neuen phosphatischen Concretionen in der Blase gebildet. Eine nähere Untersuchung ergab, dass in der Blase des Patienten gleichzeitig drei Gährungen vorhanden waren; vorwiegend war die Milchsäuregährung, und die Milchsäure war die Hauptursache des immensen Säuregrades des Harnes. Die alkoholische Gährung schien nur schwach zu sein; wahrscheinlich wurde der erzeugte Alkohol durch die Thätigkeit des essigsauren Fermentes rasch weiter in Essigsäure verwandelt, der Patient bemerkte, dass der Harn manchmal „nach Wein roch". Es ist nicht schwer, die Anwesenheit solcher Gährungen in der Blase in diesem Falle zu erklären, denn der Kranke gab selbst zu, dass er beim Gebrauche des Catheters nicht besonders reinlich gewesen sei, doch hat ihn die säurebildende Gährung in seiner Blase vor der Wiederkehr von Phosphatsteinen geschützt. Es liegt nun nahe, das Milchsäureferment therapeutisch anzuwenden, z. B. in Fällen hartnäckiger Cystitis mit wiederkehrenden Bildungen phosphatischer Concretionen. Nach Laboratoriumsversuchen würde als zuckerliefernde Substanz eine 10—20%ige Malzlösung, etwa dreimal täglich in die leere Blase injicirt und so lange als möglich darin gelassen, für jene ja weit häufigeren Fälle, wo der Harn nicht diabetisch ist, am meisten sich empfehlen.

854. ***Ueber die Behandlung von spitzen Condylomen an den Genitalien durch Application von Carbolsäure.*** *Von* **Derville.** *(La semaine méd. 1893. 35. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 49.)*

In einem Falle, in welchem es sich um Wucherungen an der Vulva, welche eine mächtige, faustgrosse Masse bildete, und sich unter Einwirkung eines charakteristischen weisslichen Ausflusses ausgebildet hatte, hatte Verf. ausgezeichnete Resultate dadurch erzielt, dass er reine Carbolsäure, welche bereits von *De Amicis* für derartige Zwecke warm empfohlen ist, applicirte. Das von ihm empfohlene Verfahren besteht in folgendem: Man führt zunächst über die ganze Oberfläche der Wucherung einen mit Carbolsäure getränkten Wattetampon. Derselbe wird vorher sterilisirt. Die Carbolsäure selbst wird durch Hitze flüssig gemacht. Zu diesem Zwecke genügt es, die Carbolsäureflasche so lange in kochendem Wasser stehen zu lassen, bis sich die Carbolsäurekrystalle in der Hitze aufgelöst haben. Unmittelbar nach der Beizung der Wucherung wird der Tumor rosa, respective blassweiss. Haben sich nach Verlauf von 2—3 Tagen alle geätzten Partien aufgelöst, oder sind sie durch die Waschungen fortgenommen, so wird eine erneute Carbolsäureapplication genau wie die erste ausgeführt. Selbstverständlich müssen die angrenzenden Partien mit Vaseline eingefettet werden, um gegen die ätzenden Einflüsse der Flüssigkeit einen wirksamen Schutz zu gewähren. Da die Carbolsäure bekanntlich ein Anästheticum ist, so ist die Application nicht schmerzhaft. In keinem Falle wird durch die An-



wendung dieses Medicamentes eine Intoxication hervorgerufen. Was die therapeutische Wirksamkeit betrifft, so ist dieselbe sicher und schnell. Bei einem der vom Verf. behandelten Patienten war das Verschwinden einer enormen Wucherung schon nach 24 Stunden deutlich nachweisbar.

855. ***Zur Handhabung der Asepsis und Antisepsis bei Behandlung der Harnleiden.*** *Von Dr.* ***R. Kuttner.*** *Vortrag in der Berliner medicinischen Gesellschaft am 19. Juli 1893. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 65.)*

Erst mit den letzten 10 Jahren hat sich die Forschung mit der Frage nach der Ursache der alkalischen Harngährung beschäftigt und dabei eine Fülle von Mikroorganismen ermittelt, welche im Stande sind, eiterigen Blasencatarrh hervorzurufen. Die Uebertragung derselben wird ganz besonders leicht durch die zur Anwendung kommenden Instrumente erfolgen können. Die Schwierigkeit der Sterilisation des bei Harnleiden erforderlichen Instrumentariums ist eine ganz besonders grosse, einmal bedingt durch die Herstellung der Instrumente aus Gummi und ferner durch die Form des Instrumentes. Die Sterilisation der Gummiinstrumente ist der schwierigste Theil der Desinfection, weil sie sicher, schonend und schnell erfolgen muss. Die mechanische Reinigung reicht nicht aus. Die chemische Desinfection ist bei Gummiinstrumenten unausführbar und die Sterilisirung nicht zuverlässig. Ausserdem haben die chemischen Desinficientien die störende Eigenschaft, dass sie die Urethra stark reizen, wenn man die Instrumente feucht mit ihnen in Berührung bringt. Gänzlich zu verwerfen ist die Sterilisation mit schwefliger Säure. Endlich kommt die Hitze in Betracht, und zwar in Form von trockener Hitze, kochendem Wasser oder Dämpfen. Die Anwendung der trockenen Hitze ist nach *Albarran's* Versuchen nicht genügeud; das Auskochen der Gummisonden gewährt keine sichere Sterilisation, da trotz derselben noch Culturen auf den Sonden wachsen. Jeder Arzt und jeder Patient muss aber in der Lage sein, sein Instrument, z. B. für die Sondirung bei Prostatahypertrophie, sicher zu desinficiren. Mittelst eines von Verf. construirten Apparates ist nun die Sterilisation der Instrumente sicher und schnell auszuführen. Derselbe besteht aus einer Flasche aus Metall, in welcher sich unten Dampf entwickelt. Dieser tritt in ein Glasrohr, an welchem der Catheter befestigt ist und wird auf diese Weise gezwungen, die Innenfläche des Catheters zu durchstreichen und diese zu desinficiren und nach seinem Austreten auch die Aussenfläche desselben. Sieben Minuten genügen zur vollständigen Sterilisation. Man kann mit dem Apparate Instrumente, Verbandstoffe, Catheter, chirurgisches Inventar etc., namentlich aber auch Cystoskop und Lithotriptor desinficiren. Ein gewöhnlicher Gummicatheter kann dieses Verfahren mehr als 25mal ohne Veränderuug aushalten. Was die Desinfection der Urethra interna anlangt, so hält er deren Ausführung im Allgemeinen überhaupt für unmöglich. Von *Guyon* wird der Catheterisirung nur eine Auswaschung der Urethra vorausgeschickt. Offenbar sind die Mikroorganismen in der Urethra nicht immer pathogener Natur. Jedenfalls kann für die Einfettung der Catheter nur ein durchaus steriles Mittel Anwendung finden. *Ein*

für diese Zwecke brauchbares Mittel ist das Glycerin, nur reizt es in annähernd wasserfreiem Zustande die Mucosa. Zur Verhinderung einer solchen Reizung empfiehlt Verf. auf 146 Grm. Glycerin einen Zusatz von 4 Grm. Wasser. Diese 150 Grm. lässt er mit 20 Grm. Borsäure sättigen. Als absolut unzulässig ist es zu bezeichnen, die Instrumente in die Lösung einzutauchen, es erscheint vielmehr geboten, die Flüssigkeit an die Instrumente heranzugiessen.

---

## Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

856. ***Ueber die Bedingungen der Oxydationsvorgänge in den Geweben.*** *Von Dr. **A. Jaquet**, Assistenten am pharmakologischen Institut zu Strassburg. (Arch. f. experim. Path. Bd. XXIX, 5, 6. —Deutsche Med.-Ztg. 1893. 60.)*

Als Hilfsmittel für das Studium der Oxydationsvorgänge wurden solche Substanzen gewählt, welche 1. unter gewöhnlichen Verhältnissen bei Körpertemperatur an der Luft nicht verbrennen, im Organismus dagegen leicht; 2. in einer bestimmten Weise, namentlich an einer bestimmten Stelle ihres Molecüls, oxydirt werden; 3. deren Oxydationsproducte anderswoher nicht stammen können, unter allen Umständen leicht nachzuweisen und quantitativ sicher zu bestimmen sind. Diesen Bedingungen entspricht nach *Schmiedeberg* am besten der Benzylalkohol (oxydirt zu Benzoësäure) und das Salicylaldehyd (Salicylsäure). Die Versuche des Verf. ergeben nun, dass O-haltiges Blut auf die genannten Körper in keiner Weise einwirkt. Dagegen besitzen Organe des Körpers (Lungen und Nieren) in hohem Grade die Fähigkeit der Oxydation, und zwar ist dieselbe ebensowohl dem getrockneten, gefrorenen, mit Alkohol gefällten, durch Extraction gewonnenen oder sonst wie behandelten, wie dem frischen Präparat eigen. Nur Siedehitze hebt das Oxydationsvermögen auf. Die Versuche mit Chinin- und Carbolzusatz, die ein positives Resultat ergaben, sieht Verf. selbst als nicht ganz einwandsfrei an. Verf. schliesst folgendermassen: Da 1. das Blut die in Rede stehenden Oxydationen nicht auszuführen vermag, 2. die in verschiedener Weise einfach abgetödteten Gewebe, sowie ein aus denselben hergestellter Auszug bei Gegenwart von Blut- oder Luftsauerstoff die Fähigkeit besitzen, Oxydationen zu vermitteln, 3. diese Fähigkeit bei Siedehitze verloren geht, so folgt mit zwingender Nothwendigkeit, dass die Oxydationen im Thierkörper unter dem Einfluss eines Ferments oder Enzyms zu Stande kommen. Verf. hebt hervor, dass diese Erkenntniss dazu beiträgt, der jetzt wieder auftauchenden Lehre von der Lebenskraft den Boden zu entziehen.

857. ***Ueber angeborene Erkrankungen des Centralnervensystemes.*** *Von Prof. Dr. **G. Anton**. (Sammlung med. Schriften. Wien, Hölder, 1893. — Deutsche Med. Wochenschr. 1893. 35.)*

An der Hand eines klinisch und namentlich anatomisch genau untersuchten Falles von congenitaler spastischer Spinalparalyse



bespricht der Verf. unter Anderem die Pathogenese dieses Symptomencomplexes. Als pathologisch-anatomische Grundlage desselben sind Agenesie der Pyramidenfasern anzusehen, welche aber in den meisten Fällen nicht totale sind, sondern nur eine bedeutende Verminderung der Fasern dieser Bahn aufweisen. Sehr bemerkenswerth sind hierbei die ferneren Befunde von *A. Pick,* welcher einen Fall von Hyperplasie der Pyramidenbahn untersuchte und bei den vorhandenen dünnen Fasern eine mangelhafte oder fehlende Markscheidenbildung an denselben constatirte; der Autor nimmt hierbei eine in ein späteres Stadium fallende Entwicklungshemmung an und bezeichnet nach Analogie der nach Fasersystemen sich ausbreitenden Erkrankungen solche Entwicklungsstörungen als Agenesia systematica. Diese klinischen und anatomischen Thatsachen finden ihre Ergänzung durch die Befunde an normalen Neugeborenen, deren Pyramidenbahnen noch nicht voll entwickelt sind. Beim Neugeborenen sind bekanntlich die Gliedmassen in einer stetigen leichten Flexionsstellung, was auch die Finger und Zehen betrifft; die Kniephänomene sind stark, oft beträchtlich gesteigert; der Fussclonus — auch normalerweise — häufig auslösbar. Darin liegt zum Theil die Erklärung, dass die angeborene spastische Starre der Glieder in den ersten Lebenswochen häufig übersehen wird. *Adamkiewicz* nimmt bekanntlich an, dass die continuirliche Innervation der Muskeln, der „Muskeltonus“, durch zwei Systeme antagonistisch beeinflusst wird, und zwar durch das Hinterstrangsystem, welches den Tonus unterhält, und durch das Seitenstrangsystem, welches ihn hemmt. Die klinische Thatsache steht fest, dass bei Hinterstrangerkrankungen der Muskeltonus in den entsprechenden Abschnitten herabgesetzt, bei isolirten Seitenstrangerkrankungen bedeutend erhöht erscheint. Für den Neugeborenen sind von diesem Standpunkte aus die vorhandenen spastischen Symptome nichts anderes als das Resultat des Ueberwiegens der Hinterstranginnervation über die des Seitenstrangsystems, also der functionelle Ausdruck für die längst bekannte entwicklungsgeschichtliche Thatsache, dass die Hinterstrangsantheile im Rückenmark früher vorhanden und früher fertiggestellt sind als die des Seitenstranges.

858. ***Missbildungen bei einem neugeborenen Kinde.*** *Von Dr. **Schüller**, Würselen. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 72.)*

Das mittelschwere Kind hat eine doppelte Lippen- und Gaumenspalte. Der Zwischenkiefer prominirt in der Lippenspalte. Zu beiden Seiten desselben geht die Spaltung durch Lippe, Alveolarrand, harten und weichen Gaumen. Das Zäpfchen steht ganz rechts und hier ist der Spalt auch am weitesten. Das Kind hat weiter sechs Finger an jeder Hand und sechs Zehen an jedem Fusse, und zwar sind die kleinen Finger, beziehungsweise Zehen doppelt. Die kleinen Zehen sitzen seitlich ohne Gelenk an, ebenso der sechste kleine Finger der linken Hand. An der rechten Hand aber hat der sechste kleine Finger einen besonderen Metacarpus, mit dem er articulirt und welcher als sechster Metacarpus an seiner Basis mit dem fünften Metacarpus verwachsen ist. Der linke Fuss ist ein Klumpfuss. Die Afteröffnung liegt direct hinter dem Hodensack und an der eigentlichen Stelle kurz vor der Steissbein-



spitze ist ein Hautgrübchen sichtbar. Im Hodensack sind keine Hoden fühlbar und es besteht Phimosis. Ausserdem reicht das Zungenbändchen bis zur Zungenspitze und beschränkt die Bewegungen der Zunge. Die Eltern haben keine derartigen Missbildungen, ebensowenig wie ihre Eltern und Grosseltern gehabt haben. Das Kind ist vor der Ehe gezeugt.

859. ***Ueber einen interessanten Blutbefund bei rapid letal verlaufender, perniciöser Anämie.*** *Von Dr. **S. Askanazy.** Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Lichtheim in Königsberg. (Zeitschrift f. klin. Med. Bd. XXIII. Heft 1 u. 2.)*

Es handelt sich um eine typische, perniciöse Anämie bei einer 51jährigen Frau; die ersten Beschwerden hatten sich vor $2^1/_2$ Jahren bemerkbar gemacht, während das wichtigste Symptom, die Blässe, erst vor kaum einem Jahre aufgetreten ist. Der eigentliche Verfall der Patientin kam innerhalb fünf Wochen zu Stande. Dieser rapide Verlauf der Krankheit lässt es unzweifelhaft erscheinen, dass eine Form schwerster progressiver, perniciöser Anämie vorliegt. Der Blutbefund ergab sehr auffallende Makrocytose, Mikrocytose und Poikilocytose (Schistocytose): Ellipsen-, Napf-, Bisquit-, Kolben-, Birnen-, Spermatozoen-, Retorten-. Stäbchen-, Claviculaformen kamen zur Beobachtung. Auch die Färbung der rothen Blutkörperchen verlief bei Anwendung der *Ehrlich*'schen Lösung abnorm. Die kernhaltigen, rothen Blutkörperchen waren zum grössten Theile Megaloblasten, welche ebenfalls eine abnorme Färbbarkeit aufwiesen. Interessant ist ein Befund, der sowohl im frischen Blute als in gefärbten Deckglaspräparaten erhoben wurde, nämlich in indirecter Kerntheilung begriffene rothe Blutkörperchen mit allen Formen der typischen, caryokinetischen Figuren. Was die weissen Blutkörperchen anbetrifft, so zeigten die Lymphocyten eine leichte Vermehrung, eosinophile Zellen waren sehr selten. Der Verf. konnte eine indirecte Kerntheilung in einem grossen, rothen Blutkörperchen unter seinen Augen ablaufen sehen, und zwar ohne Benutzung des heizbaren Objecttisches bei Zimmertemperatur.

860. ***Weitere Untersuchungen über die Aufnahme des Eisens in den Organismus des Säuglings.*** *Von **G. Bunge.** (Zeitschr. f. physiol. Chemie. Bd. XVI. Heft 3. — Der Frauenarzt. 1893. 8.)*

Die Analyse der Asche der Milch, verglichen mit derjenigen des saugenden jungen Hundes ergab dasselbe relative Mengenverhältniss der einzelnen Aschenbestandtheile zu einander. „Der mütterliche Organismus gibt nicht ab, was vom Säugling nicht kann verwerthet werden.“ Diese grösstmöglichste Sparsamkeit scheint aber vollständig vereitelt zu sein durch den geringen Eisengehalt der Milchasche, denn alle unsere wichtigeren Nahrungsmittel haben einen viel höheren Eisengehalt als die Milch. Bezüglich des Säuglings beruht die Lösung dieses scheinbaren Widerspruches darauf, dass der Säugling bei der Geburt einen grossen Eisenvorrath für das Wachsthum seiner Gewebe mitbekommt. Verf. hat nun an Kaninchen und Meerschweinchen verglichen, wie sich der Eisengehalt des Säuglings während der ersten Lebenswochen ändert; bei den Kaninchen, welche einschliesslich der 2. Woche nur von Muttermilch leben, sinkt der procentische Eisengehalt



des Säuglings bis zum Uebergang zu der eisenreichen vegetabilischen Nahrung (die absolute Eisenmenge ändert sich während der Milchnahrung nur wenig); vom 24. Tage ab beginnt, nachdem der bei der Geburt mitgegebene Eisenvorrath erschöpft ist, mit der Aufnahme der eisenreichen Pflanzennahrung die absolute Eisenmenge genau proportional dem Körpergewicht anzuwachsen. Bei den Meerschweinchen, welche schon am 1. Tage Vegetabilien fressen, spielt besonders in den folgenden Tagen die Milch nur noch eine untergeordnete Rolle neben der Pflanzennahrung. Der Eisenvorrath, den sie bei der Geburt in sich aufgespeichert enthalten, ist dem entsprechend im Vergleiche zum Kaninchen nur sehr gering. „Wollte man nach Ablauf der Säuglingsperiode fortfahren, die jungen Kaninchen ausschliesslich mit Milch zu ernähren, so müssten sie anämisch werden. Es ergibt sich daraus die praktisch wichtige Regel, dass bei Kindern nach vollendeter Säuglingsperiode Milch nicht die vorherrschende Nahrung bilden darf. Man ist sehr geneigt, anämischen, schwächlichen Kindern Milch zu verordnen, ohne zu wissen, dass dadurch der Zustand verschlimmert wird. Auch in der Nahrung blutarmer erwachsener Individuen darf die Milch nicht zu sehr vorherrschen." Besonders empfiehlt sich die Zugabe des eisenreichen Eidotters, dessen Eisenverbindung nach den Untersuchungen von *C. A. Socin* resorbirbar und assimilirbar ist. Auch in den Vegetabilien scheint das Eisen in ähnlicher Form enthalten zu sein.

861. ***Unterscheidung von Piperazin und Eiweiss im Harn.*** *Von Dr.* ***Biesenthal.*** *(Therap. Monatsh. 1893. 7. — Pharm. Ztg. 1893. 67.)*

Die Bemerkung Dr. *Roerig's*, dass durch das Einnehmen von Piperazin Eiweissausscheidungen im Harn bewirkt würden (Pharm. Ztg. 1893. 25), wird vom Verf. auf einen Irrthum zurückgeführt, insofern *Roerig* nicht Eiweiss, sondern Piperazin im Harn mittelst Pikrinsäure nachgewiesen und das entstandene Piperazinpikrat für Eiweisspikrat gehalten habe. Pikrinsäure gibt noch in einer Lösung, die 1 Theil Piperazin in 20.000 Theilen Wasser enthält, eine deutliche Fällung, und da Piperazin den Organismus unzersetzt passirt, so muss nach Gebrauch von 1·0—2·0 Grm. Piperazin im Harn mit Pikrinsäure eine starke Fällung erhalten werden. In der That gibt nach dem Einnehmen von $1^1/_2$ Grm. Piperazin der gelassene Harn nach 4 Stunden mit Pikrinsäure eine so starke Fällung, dass der Niederschlag etwa $^1/_5$ des Gesammtvolumens des Harns ausmacht. Die mikroskopische Untersuchung des Niederschlages ergibt, dass derselbe aus den für das Piperazinpikrat charakteristischen sechseckigen, reihen- oder flächenweise aneinander gelagerten Kryställchen besteht. Der Niederschlag erscheint makroskopisch bald dicht krystallinisch, und zwar beim Auskrystallisiren aus warmen Lösungen und ist mit Eiweisspikrat meist nicht zu verwechseln. Die Identität des Pikratniederschlages im Harn nach Piperazingebrauch mit Piperazinpikrat lässt sich dadurch beweisen, dass, wenn man das Pikrat durch Salzsäure zersetzt, die erhaltene salzsaure Lösung durch Ausschütteln mit Aether von Pikrinsäure befreit und sodann Jodkalium-Jodwismuthlösung hinzusetzt, die für das Piperazin charakteristischen mikroskopischen Formen des



Jodwismuthdoppelsalzes sich zeigen. Auch im Urin direct lässt sich das Piperazin nach dem Ansäuern mit Salzsäure vermittelst des Jodkalium-Jodwismuths nachweisen. Um Eiweiss neben Piperazin nachzuweisen, kann z. B. Essigsäure benutzt werden. Die Unterscheidung vom Eiweiss ist dadurch am einfachsten gegeben, dass Eiweiss im sauren Urin beim Erhitzen coagulirt, und die Coagula in Hitze und Kälte bleiben, während der krystallinische Niederschlag des Piperazinpikrats bei Zusatz der Pikrinsäure zu Piperazin zwar erscheint. beim Erhitzen jedoch verschwindet und dann erst wieder beim Wiedererkalten erscheint.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

862. ***Ueber Vergiftungen mit Binitrobenzol.*** *Ein Beitrag zur Gewerbehygiene. Von Dr.* ***Schröder****, Kreisphysikus in Zeven, und Dr.* ***Strassmann****, Privatdocent in Berlin. (Vierteljahrschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Gesundheitspflege. N. F. III. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 72.)*

*Schröder* machte während seiner Thätigkeit in Berlin Beobachtungen über Vergiftungen mit Binitrobenzol, die in ihrer Eigenart wesentlich von den Nitrobenzolvergiftungen abweichen. mit denen sie gewöhnlich identificirt werden. Die Vergiftungen geschahen in einer Anilinfarbenfabrik durch Einathmung von Binitrobenzoldämpfen beim Schmelzen des Materials. Das Binitrobenzol. welches nur in seiner Modification als Metabinitrobenzol technische Verwendung findet, bildet in reinem Zustande helle, gelbliche Nadeln, welche bei 30° schmelzen und bei 270° sieden. Es ist in 17 Theilen Alkohol, ebenso in Aether löslich, jedoch nicht in Wasser. In nicht ganz reinem Zustande, wie es bei der Fabrication ausschliesslich Verwendung fand, ist es bräunlich, von unangenehm stechendem Geruch und in Wasser etwas löslich. Vergiftungen kamen sowohl bei kurzem einmaligen, aber reichlichem Einathmen der Dämpfe, als auch bei längerem Aufenthalt in dem Fabriksraume vor. Die erste Art der Vergiftung verlief im Allgemeinen sehr rasch, hatte Aehnlichkeit mit der Anilinvergiftung und verging schon nach längerem Aufenthalt in freier Luft. Die schwereren Vergiftungen verliefen im Ganzen unter dem Bilde des catarrhalischen Icterus; jedoch waren die Stühle niemals entfärbt und enthielt der Urin auch niemals Gallenfarbstoffe, aber öfter Binitrobenzol. Consistenz der Stühle war meist breiig, seltener lehmartig fest. Zunge und Gaumen zeigten einen gelben Belag, der sich nicht abwischen liess, Leber und Magen waren auf Druck empfindlich, erstere angeschwollen. Auffällig war eine ungeheure Mattigkeit und Abgeschlagenheit der meist kräftigen Männer, die durch den Magendarmcatarrh allein sich nicht erklären liess. Auch die constante Blaufärbung der Lippen bedarf anderweitiger Erklärung und ist *Schröder* geneigt, eine Zersetzung des Blutes durch Binitrobenzol anzunehmen. *Schröder* konnte eine solche durch seine Versuche an Hunden und Kaninchen nicht erweisen. Dagegen fand sich als regelmässige Folge der Vergiftung. sowohl solcher per os als einer subcutanen, ein erheblicher Magendarmcatarrh. Ganz besonders



aber entfaltete das Binitrobenzol eine Wirkung als Nervengift, das Lähmung der gesammten Musculatur, schliesslich der Athemmuskeln herbeiführte, wobei von besonderem Interesse der spastische Charakter dieser Lähmungen war. Diese Wirkung des Binitrobenzols genügt auch wohl zur Erklärung der von *Schröder* am Menschen beobachteten grossen Hinfälligkeit, so dass die Annahme einer Blutdissolution *Schröder* nicht nöthig erscheint. Da das Gift in Alkohol leicht löslich ist und die Vergiftung bei den Versuchsthieren bei Hinzufügung von Alkohol viel intensiver verlief, so empfiehlt sich neben den sonstigen Vorsichtsmassregeln ganz besonders das Vermeiden alkoholischer Getränke bei und nach der Beschäftigung mit diesem Gifte.

863. ***Die Thermotaxis der Mikroorganismen und ihre Beziehung zur Erkältung.*** *Von Prof.* ***S. L. Schenk.*** *(Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde. XIV. 2—3. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 34.)*

Verf. gelangt auf Grund experimenteller Untersuchungen zu folgenden, für die Pathologie wichtigen Schlusssätzen: Die Wärme wirkt als Bewegungsreiz auf die Mikroorganismen. Die Mikroorganismen haben das Bestreben, aus der Umgebung eines Wärmecentrums sich in der Richtung zu diesem Wärmepunkte hinzubewegen (Thermotaxis). Die Thermotaxis ist eine vitale Eigenschaft der Bacterien und zeigt sich schon bei einem Temperaturunterschiede von 8—10° C. Die freilebenden, nicht in Ketten zusammenhängenden Bacterien zeigen die Erscheinung der Thermotaxis deutlicher als die Kettenverbände. Die Mikroorganismen, welche sich einige Zeit in einem Raume von niedriger Temperatur befanden und dann in einen Raum von höherer Temperatur gebracht werden, entwickeln sich nicht sofort mit der vollen Energie und zeigen dementsprechend nicht ihre volle Wirkung. Die Verminderung in der Entwicklungsenergie und in der Virulenz schwindet allmälig mit der zunehmenden Anpassung an die höhere Temperatur (Incubation). Die Erkältungen lassen sich in zwei Gruppen sondern, in die ohne bacteriellen Einfluss zu Stande kommenden Erkältungen und in jene Erkältungen, welche als Ausdruck einer Infection aufzufassen sind. Bei den Infectionserkältungen setzt die Krankheit nicht sofort nach Einwirkung der Schädlichkeit ein, während bei der anderen Gruppe der Erkältungen die Krankheitserscheinungen kurze Zeit nach dem Einwirken des Reizes auftreten. Beim Eintritte eines Menschen in einen kälteren Raum strömen die Bacterien dem Menschen als dem höher temperirten Körper energisch zu und rufen eine Erkältung hervor. Für das Zustandekommen der Infectionserkältung sind zwei Bedingungen nothwendig, erstens eine Temperaturdifferenz, welche eine Strömung der Mikroben zum wärmeren Punkte hin veranlasst und zweitens die Durchgängigkeit der Haut oder der Schleimhäute für Mikroben oder eine andere Möglichkeit des Bacterieneintrittes in den Körper.

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 864. *Ueber die pathologischen Veränderungen des Harnstrahls und das Nachträufeln des Harns.*

*Von Dr.* ***Alexander Peyer,*** *Zürich.*

*(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 14.)*

Bei Erkrankungen des Urogenitalsystems wird der Arzt von den Patienten häufig auf Veränderungen ihres Urinstrahls aufmerksam gemacht und um Aufklärungen darüber gebeten. Verf. gibt nun eine kurze Uebersicht der verschiedenen in Frage kommenden Veränderungen des Harnstrahls und stellt das jeweilige pathologisch-anatomische Substrat derselben klar. Es kommen folgende Hauptfragen dabei in Betracht: 1. Wie ist die Projectionskraft des Harnstrahls, ist derselbe bogenförmig oder perpendiculär abfallend? 2. Wie ist das Caliber des Strahls: ist derselbe voll und dick oder fadenförmig dünn? 3. Wie ist die Form, ist der Strahl rund, platt, gedreht oder gespalten? 4. Wie verhält es sich mit der Continuität des Strahls: entleert sich der Urin überhaupt in einem continuirlichen Strom oder ist derselbe zuweilen plötzlich unterbrochen? 5. Wie geht der Urin im Beginne ab, gleich als Strahl oder nur tropfenweise? Muss der Betreffende sich anstrengen bis das Uriniren im Gange ist? 6. Ist Nachträufeln vorhanden?

Die Urethra ist in ihrem natürlichen Zustande während ihrer Unthätigkeit eine geschlossene Passage. Der Act der Harnentleerung setzt als nothwendig die Eröffnung der Passage voraus, was durch Erschlaffung einer gewissen Muskelgruppe erreicht wird.

Die Harnentleerung erfolgt hauptsächlich und in erster Linie durch Contraction der Blase selbst. Das Diaphragma urogenitale und die Abdominalmuskeln wirken nur in gewissem Grade mit. Der Schluss der Harnentleerung, mag er unwillkürlich erfolgen, weil die Blase leer ist, oder willkürlich aus irgend einem anderen Grunde, bevor die Entleerung eine vollkommene ist, besteht in einem genauen Schluss des Blasenhalses und des Urethralcanals in Folge von Contractionen aller die obige Gruppe bildender Muskeln. Diese Contraction bewirkt auch zu gleicher Zeit eine vollkommene Entleerung des in der Urethra enthaltenen Harns, der unter Umständen dieselbe tropfenweise verlassen würde.

Hieraus kann man schliessen, dass der gesammte Urethralcanal oder wenigstens die beiden ersten Abtheilungen durch die Wirkung eines die Urethra umgebenden, dem Willen unterworfenen Muskelgewebes geschlossen werden können.

I. Projectionskraft des Harnstrahls. Normaler Weise wird der Urin in einem mehr oder minder starken Bogen ausgetrieben. Diese Projectionskraft des Harnstrahls ist abhängig von den austreibenden Kräften, besonders von den Detrusoren und etwas auch von der Bauchpresse.



Die Kraft der Blasenmuskeln ist schon de norma ausserordentlich verschieden, es gibt starke kräftige Männer mit schwacher Blase und kleine schwächliche Individuen mit sehr starker. Abgesehen von angebornen Unterschieden können solche auch in Folge verschiedener Ursachen acquirirt werden. Auffallend starken Bogen. d. h. verstärkte Projectionskraft sehen wir bei pathologisch stark entwickelten Detrusoren, wie solche zu entstehen pflegen, wenn der Harnentleerung ausserhalb der Blase gewisse Hindernisse in den Weg treten, z. B. langsam wachsende, nicht zu enge Stricturen oder ein sehr enges Orific. extern. urethr. Zuweilen beobachten wir diesen Zustand auch bei Spasmus detrusorum, besonders wenn sich letzterer mit einem solchen des Blasensphincters vergesellschaftet. so dass den krankhaften Contractionen der Detrusoren ein abnorm starker Widerstand durch die Blasenschliessmuskeln entgegengesetzt wird. In einem solchen Falle stürzt der Urin, sobald der Widerstand einmal überwunden ist, oft mit unglaublicher Gewalt in weitem Bogen aus der Urethra.

Eine Abschwächung der Projectionskraft oder ein beinahe völliger Verlust derselben, d. h. ein perpendiculares Abfallen des Strahls ist in einem gewissen Alter oft beinahe pathognomonisch für die Prostatahypertrophie. Ueberhaupt werden wir den schlaff abfallenden Harnstrahl überall da sehen, wo die Kraft der Detrusoren geschwächt, d. h. die harnaustreibenden Kräfte vermindert sind. Es kommen hier in Betracht, ausser der erwähnten Prostatahypertrophie, welche eine Atonie der Blasenmusculatur im Gefolge hat, die Atonie in Folge chronischer Entzündung des submucösen Gewebes und der Muskelschicht der Blase, wie solche in Folge von wiederholten vernachlässigten Gonorrhoen entsteht, welche zuerst chronische Prostatitis und dann die genannte Affection verursachen. Eine fernere Ursache der Atonie ist die Verfettung der Blasenmusculatur im Verlauf von acuten Infectionskrankheiten, z. B. Typhus und Dysenterie. Die Atonie kann ferner Folge sein willkürlichen Zurückhaltens des Urins, z. B. bei Blasensteinen und Fissuren des Blasenhalses, wo am Ende des Urinirens grosse Schmerzen entstehen.

Nicht selten trifft man endlich Atonie als selbstständige Erkrankung in Folge anhaltender Ueberausdehnung der Blase, entstanden durch zu langes Zurückhalten des Harns.

Während es sich bei der Atonie um eine musculäre Insufficienz der austreibenden Kräfte handelt, beruht die Parese und Paralyse der Blase auf einer mangelhaften Innervation der Detrusoren der Blase. Wir treffen diese in Folge von Neurasthenie. Am intensivsten aber bei Rückenmarkserkrankungen, z. B. bei Tabes. Ausnahmsweise sehen wir trotz vermehrter contractiler Kraft der Blase den Harnstrahl schlaff abfallen, und zwar dann, wenn eine Strictur sich sehr stark verengert, oder wenn an anderen Theilen der Urethra neue Obstructionen entstehen. Der Urin geht in solchen Fällen zu Zeiten nur in Tropfen ab.

II. Das Caliber des Harnstrahls variirt auch im gesunden Zustande, z. B. ist bei voller Blase der Strahl merklich voller, als wenn die Blase nur wenig Urin enthält. Bei Verengerung der Harnröhre stehen Feinheit des Strahls und Enge des Harnweges



im geraden Verhältniss. Es kommen hier in Betracht Prostatahypertrophie, Stricturen und spasmodische Verengerungen der Harnröhre, sehr enges Orific. extern. und hochgradige Phimose. Ob die Feinheit des Strahls von Prostatahypertrophie oder Strictur bedingt ist, erkennen wir gewöhnlich sofort an der Projectionskraft desselben. Bei Prostatahypertrophie fällt der Strahl perpendiculär herunter und wird durch Pressen nicht verstärkt, was bei Strictur gerade der Fall ist.

Aber auch die spasmodischen Verengerungen der Harnröhre spielen hier eine Rolle. Es können dieselben für sich existiren, oder aber sich zu organischen Stricturen gesellen.

Solche spasmodische Verengerungen des Harnstrahls stehen auch oft mit gewissen allgemeinen Zuständen des Organismus in Verbindung. Ein Schüttelfrost veranlasst einen kleinen Strahl und der entgegengesetzte Körperzustand bei Abspannung durch Hitze ergibt einen grossen.

III. Die Form des Harnstrahls, für gewöhnlich eine rundliche, kann in verschiedener Weise verändert sein: abgeplattet, flach, gedreht, spiralig, gespalten und gegabelt. Eine Veränderung in dieser Richtung gehört zu den frühesten Symptomen der Strictur. Es rührt dies daher, dass das Volumen des Stromes nicht genügt, um die Lippen des Meatus externus zu öffnen, so dass die spaltartige Form dieser Oeffnung den Strom modificirt. Ist aber seine Kraft zu gering, um die Lippen von einander zu trennen, so tritt der Urin oben und unten aus, so dass sich zwei kleine Ströme statt eines einzigen bilden. Man darf jedoch keineswegs hieraus schliessen, dass die Existenz eines solchen Stromes per se ein Beweis von vorhandener Strictur sei, da derselbe auch vorkommt bei blosser Veränderung des Meatus externus, wenn dieser durch wiederholte Entzündungen und daraus resultirende Infiltration in seiner Form oder Dehnbarkeit verändert ist, ja selbst schon bei fehlendem Impuls des abfliessenden Harns. Verf. betont, dass also die Difformität des Strahles an und für sich kein sicheres Zeichen der Strictur darstellt. Ist z. B. der Strahl in seinem Volumen voll, so besteht keine Strictur, gleichviel ob derselbe abgeplattet oder spiralig ist. Als seltene Ursache obiger Affection nennt Verf. noch Blasenstein, wenn dieser nicht gross genug ist oder seine Form nicht ganz passend, um den Blasenhals ganz zu verstopfen.

(Schluss folgt.)

---

# Literatur.

865. ***Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.*** *Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Aerzte. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage. Unter Mitwirkung zahlreicher Fachmänner herausgegeben von Prof. Dr.* ***Albert Eulenburg****. Mit zahlreichen Illustrationen in Holzschnitt und Farbendrucktafeln. Wien und Leipzig, Urban & Schwarzenberg, 1893.*

Es liegen die zwei ersten Lieferungen der III. Auflage von *Eulenburg's* Real-Encyclopädie vor. Die Eigenartigkeit dieses hervorragenden Werkes nach Anlage und Durchführung des Stoffes brachte dasselbe auf



die Höhe einer medicinisch-literarischen Leistung von internationaler Bedeutung, welche nicht nur von den Aerzten deutscher Zunge, sondern von den Aerzten aller Culturvölker verwerthet und gewürdigt wurde. Trotz des wohlgelungenen Unternehmens, die II. Auflage im Interesse der Abnehmer durch die Veröffentlichung der „Encyclopädischen Jahrbücher" auf der Höhe der neuesten Errungenschaften der Heilkunde zu erhalten, musste *Eulenburg* schon 3 Jahre nach dem Erscheinen der II. Auflage sich der Aufgabe unterziehen, nach den bewährten Grundsätzen, welche den bisherigen Erfolg des Werkes sicherten, eine neue, die dritte Bearbeitung der Real-Encyclopädie durchzuführen. Als Mitarbeiter finden wir auf dem Titelblatte der bisher erschienenen Hefte der neuen Auflage die Namen der meisten erprobten Kräfte, welche bisher an dem Werke so erfolgreich mitwirkten; die Lücken, welche der Tod in den Reihen der Mitarbeiter riss, deren Namen und Wirken *Eulenburg* in der Vorrede zur neuen Auflage pietätvoll gedenkt, sind durch mehr als 40 neu gewonnene Namen von bestem Klange auf fast allen Gebieten der Wissenschaft. ergänzt. Die III. Auflage wird nach den Ausführungen *Eulenburg's* in noch viel höherem Masse als die zweite im Einzelnen völlig umgearbeitet sein, sie soll aber dem Umfange nach gegen die II. Auflage eine Verkürzung aufweisen, die jedoch keineswegs durch eine grundsätzliche Einschränkung des Wissensstoffes, dessen Kreis „nicht enger gezogen werden darf", sondern vielmehr erreicht werden soll wesentlich auf redactionellem Wege durch „Vermeidung von Wiederholungen, Weglassung unnützlger Einzelnheiten und Beschneidung allzu üppig wuchernder specialistischer Auswüchse". Die vorliegenden zwei Hefte der III. Auflage zeigen neben der Vermehrung der Schlagworte. welche bisher die Gebiete der Balneologie (Aarösund, Abbazia, Aberdour), Neuropathologie (Abasie) betreffen, auch eine eingehende Umarbeitung einzelner Capitel, unter denen wir Abdominaltyphus. Abortus sowohl in klinischer als in forensischer Beziehung, Abscess anführen wollen. Dem Artikel Abdominaltyphus ist eine nach frischen Präparaten angefertigte Farbendrucktafel beigegeben, entsprechend dem Plane des Herausgebers, dem Illustrationsbedürfniss ausser durch die Holzschnitte im Text auch durch besondere Farbendrucktafeln nachzukommen. Die Literaturnachweise am Schlusse eines jeden Artikels sind bis in die jüngste Zeit durchgeführt. So sind wir überzeugt, dass die Real-Encyclopädie auch in der III. Auflage sich jene Höhe der Bedeutung für den praktischen Arzt und den Schriftsteller auf medicinischem Gebiete erringen wird, auf welcher sie bisher allgemein anerkannt und unbestritten gestanden war. *—sch.*

866. ***Die Krankenpflege im Hause und im Hospitale.*** *Ein Handbuch für Familien und Krankenpflegerinnen von Dr. Th. Billroth, Wien. Vierte vermehrte Auflage. Herausgegeben von Dr. R. Gersuny. Wien. Mit 8 Holzschnitten im Text und 55 Abbildungen auf 13 Tafeln. Wien, Druck und Verlag von Carl Gerold's Sohn, 1892. 8⁰. XI u. 290 S. 8⁰.*

Verf.'s Krankenpflege hat rasch die allgemeine Anerkennung der Aerzte und des gebildeten Laienpublicums errungen. Gegenüber zahlreichen Schriften gleicher Richtung zeichnet sich das Buch durch glückliche Auswahl des Stoffes aus, d. h. dessen, was man behufs rationeller Krankenpflege als geistiges Eigenthum im Besitze sowohl der Berufskrankenpflegerinnen als der gebildeten Familienmütter wünschen muss, ferner durch die Form der Darstellung, welche überall klar und zielbewusst



gehalten ist. So sehr dem behandelnden Arzte die „medicinischen Kenntnisse“ des Laienthums in ihrem Wirken oft hemmend entgegentreten, so freudig wird er andererseits berührt, wenn er in einer Familie, die ihm die ärztliche Fürsorge anvertraut, die richtigen Grundsätze der Krankenpflege und ein Vertrautsein mit den Aufgaben derselben antrifft. Es werden also Aerzte, welche in der Lage sind Krankenpflegerinnen auszubilden, das vorliegende Buch als Leitfaden ihrer Vorträge mit besonderem Nutzen verwerthen, sie können dasselbe überdies jenen intelligenten Frauen und Müttern an die Hand geben, welche auch diesen Pflichten ihres weiblichen Berufes genügen wollen. Die vorliegende 4. Auflage zeichnet sich gerade in letzterer Beziehung durch eine Ergänzung aus, welche den Wünschen der Mütter entgegenkommt. Diese betrifft ein neues Capitel: „Die Pflege des gesunden und kranken Kindes“, aus der Feder des Dr. *Rie*. Die Ausstattung des Werkes, Druck und Illustration sind vorzüglich. —*r.*

867. ***Die Grundlagen der Aseptik und praktische Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung.*** *Von Dr.* ***Egbert Braatz,*** *Königsberg i. P., früherem wissenschaftlichen und klinischen Assistenten an der chirurgischen Universitätsklinik des Herrn Geheimrath Czerny in Heidelberg. Mit 19 Holzschnitten. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke, 1893. VIII u. 159 S. 8⁰.*

Die vorliegende Schrift des Verf.'s bezweckt die Verallgemeinerung der Aseptik in der operativen Chirurgie gegenüber der Antiseptik, und zwar nachdem die hervorragendsten Chirurgen schon das aseptische Verfahren in der Wundbehandlung üben, handelt es sich dem Verf. darum, dieses auch dem praktischen Arzte zugänglich zu machen. Nachdem es sich durch die Fortschritte der bacteriologischen Technik herausstellte, wie sehr die physikalischen Keimtödtungsverfahren den chemischen überlegen sind, wird es heute Niemand mehr verantworten können, grössere Operationen allein, unter dem Schutze der Antiseptica, auszuführen. Der wissenschaftliche Standpunkt des Verf.'s in der Frage, ob Antiseptik oder Aseptik, drückt sich aus, indem er sagt: „Wir haben — nicht etwa die Wahl zwischen Antiseptik und Aseptik, sondern wir sind durch die neueren Fortschritte gezwungen, die Mangelhaftigkeit des früheren Desinfectionsverfahrens offen anzuerkennen und ein anderes anzunehmen, welches eine unbedingt sicherere Prophylaxe gegen die Infectionsgefahr bietet, als die chemische Desinfection.“ Um nun das nunmehr geübte aseptische Verfahren, gegenüber dem früher geübten antiseptischen, dem Praktiker zugänglich zu machen, schildert der Verf. dasselbe in der Art, wie es sich aus dem letzteren Verfahren entwickelt, dabei werden stets die grundlegenden Experimente hervorgehoben, welche die Nothwendigkeit der Sterilisation durch physikalische Hilfsmittel, wo dieselbe nur möglich, darthun. Demgemäss beginnt der Verf. mit der „Reinigung der Hände“, schildert dann die „Catgutsterilisation“, hierauf „das Sterilisiren mit strömendem Dampf“. Es folgt nun die Darstellung der „Behandlung inficirter Wunden, Drainage, Anärobiose“. Ein eigenes Capitel ist der praktisch wichtigen Frage „über den Einfluss der äusseren Verhältnisse auf die Durchführbarkeit der aseptischen Wundbehandlung“ gewidmet. Hier führt der Verf. den Grundsatz aus: Die aseptische Wundbehandlung muss auf wissenschaftlicher Basis vereinfacht werden, damit sie der praktische Arzt durchführen kann. Im VIII. Capitel gibt der Verf. „die praktische Anweisung zur aseptischen Wundbehandlung“. Die beiden

Schlusscapitel behandeln die Narcose, Taschenbesteck, sterilisirte Verbände, aseptische Punctionsspritze, Aspirationsapparat und Operationstisch. Die Publication des Verf.'s hat in chirurgischen Fachkreisen lebhaften Wiederhall gefunden, die Offenheit, mit welcher der Verf. seine Ansichten vertritt, die lebhafte Art der Darstellung machen das sachlich strenge Werk überdies zur angenehmen Lectüre. —*h.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

868. ***Ueber die Beziehungen zwischen Erysipel und Ohr.*** *Von Dr. **Haug**. Vortrag, gehalten in der zweiten Versammlung der deutschen otolog. Gesellsch. 1893. (Prager med. Wochenschr. 1893. 37 und 38.)*

Das Ohr kann auf zweierlei Weise, entweder primär oder secundär, von dem erysipelatösen Processe ergriffen werden. Verf. geht zunächst über zur Besprechung der bei weitem am häufigsten vorkommenden secundären Ohrerysipele, bei welchen zumeist nur das äussere Ohr, oder aber auch das äussere und mittlere Ohr betroffen werde, während das innere Ohr von der Entzündung selbst wohl beinahe durchgehends verschont wird und höchstens vorübergehende, consecutive congestive Hyperämie aufweist. Solche secundäre Ohrerysipele, die von jeder Stelle des Gesichtes oder des Kopfes auf das Ohr übergreifen können, erfassen zumeist nur ein Ohr und kommen sehr gern gerade in den dem Ohre zunächst anliegenden periauriculären Lymphdrüsen zum definitiven Abschluss. Was den Verlauf dieser secundären Erysipele anbelangt, so können wir zwanglos sie in leichte und schwere unterscheiden. Die ersteren wählen die Haut der Muschel und des Meatus zu ihrem Sitze und erzeugen eine mehr oder weniger intensive Exsudation, in Folge welcher es, ganz abgesehen von den zuweilen auch hier schon recht stark ausgesprochenen Allgemeinerscheinungen (Fieber, cerebrale Symptome), zu lebhafter Schmerzempfindung und vorübergehender Alienation des Hörvermögens, verbunden mit lebhaften subjectiven Geräuschen, kommen kann; es geschieht das besonders gern dann, wenn die tieferen Partien des Gehörgangs und das Trommelfell selbst ergriffen werden. Zuweilen weist die Ohrmuschel, seltener auch der Meatus den Charakter des Erysipelas bullosum auf. Die schwereren secundären Erysipele charakterisiren sich, abgesehen von den Allgemeinerscheinungen, die da beinahe durchgehends gern eine gefahrdrohende, zum Mindesten beängstigende Höhe annehmen, dadurch, dass sie verhältnissmässig häufig die Mittelohrräume in Mitleidenschaft ziehen. Der Process macht nicht vor dem Trommelfell Halt, sondern es wird erweicht, durchbrochen, und an diese, von aussen nach innen also entstandene, acute eiterige Mittelohrentzündung knüpft sich dann in einer Anzahl der Fälle eine consecutive Erkrankung der Knochenlager des Warzenfortsatzes entweder in Form eines Empyems oder eines einfachen subperiostalen Abscesses. Eigenthümlich aber bleibt — wenigstens ist dies nach den Beobachtungen des Verf.'s der Fall —, dass bei allen diesen Eiteransammlungen, deren reeller ätiologischer Connex mit dem Urerysipele sowohl durch die bacteriologische Prüfung als durch Impfungen erhärtet wird, niemals eine Usur der Knochenlager selbst statthatte; der Knochen selbst fand



sich bei den Operationen, sowohl beim subperiostalen Abscess, als auch beim Empyem, nie rauh, cariös angefressen, sondern immer glatt. Möglicherweise ist die verhältnissmässig kurze Dauer des Processes hier mit im Spiele. Nicht vergessen dürfen wir, dass, auch ohne dass das Trommelfell perforirt wird, eine secundäre Eiteransammlung unter der Decke des Warzenfortsatzes sich etabliren kann; ebenso kann die Affection sich nach vorn, durch die *Santorin*'schen Incisuren, in die Regio parotideo-masseterica ziehen und dort ausgedehnte Absonderungen veranlassen.

Eines weiteren Weges haben wir noch zu gedenken, auf dem das Ohr secundär vom Erysipel ergriffen werden kann: es kann das primäre Erysipel seinen Sitz an der Nasenöffnung, den Lippen, dem Nasenthränencanal nehmen und von da aus als Schleimhauterysipel über die Wangen- oder Nasenrachenschleimhaut wandernd in den Tubenpaukenabschnitt gelangen und so zu ausserordentlich schweren Erscheinungen Veranlassung geben; insbesondere liegt hier nahe die Gefahr der Verkennung des Grundcharakters der Erkrankung, um so mehr, als häufig die primären Eruptionen überhaupt nicht deutlich zu constatiren waren oder zur Zeit schon wieder verschwunden sind. Gerade so gut wie das Ohr secundär vom Erysipel ergriffen wird, kann es auch sich primär an irgend einer Partie des Ohres entwickeln. Am öftesten ist es da natürlich das äussere Ohr, von dem es ausgeht, und zwar geben die häufigsten Veranlassungen zum Zustandekommnn desselben einmal kleine Risse, Verletzungen der Cutisdecke; insbesondere ist hier zu warnen vor der sogenannten Reinigung des Ohres, d. h. Kratzen im Ohr mit den verschiedensten häuslichen Instrumenten. In diese Rubrik gehören auch die in Folge des Unfuges des Ohrringstechens sich entwickelnden Rothläufe, denen schon etliche hoffnungsfreudige junge Menschenleben zum Opfer gefallen sind. Weiter sind es dann die mit intensivem Juckreiz combinirten Hauterkrankungen, welche die Infection vermitteln helfen; in erster Linie ist hier zu nennen das chronische, mit Infiltration und leichter Schuppung einhergehende so häufige Eczem der Muschel und des Meatus, dann der rein nervöse oder auf dyscrasischer Basis beruhende Pruritus, sowie seltener die Pityriasis und Psoriasis. Ebenso kann sich unter Umständen an die einfache und scheinbar so harmlose Evacuation eines Cerumenpfropfes, wie dies durch die Beobachtung *Wagenhäuser*'s erhärtet ist, ein Rothlauf anschliessen; es ist in dieser Beziehung an die Untersuchungen *Rohrer*'s zu denken, der schon im normalen Cerumen pathogene Mikroorganismen nachzuweisen vermocht hat. Dass den rohen und unvernünftigen Versuchen, eines Fremdkörpers im Meatus habhaft zu werden, oft schon Erysipele gefolgt sind, bedarf keines Hinweises mehr. Nicht vergessen dürfen wir, dass es oft auch eine chronisch-eiterige Mittelohrentzündung ist, die ihrem Besitzer, auch ohne dass eine weitere Verletzung erfolgt zu sein braucht, einen intercurrenten Rothlauf verschaffen kann, der sich, insbesondere wenn er sich nach innen, gegen die Tuba und in das Cavum pharyngeum hinein fortzieht, das Bild einer schweren phlegmonösen Angina zu erzeugen vermag. Auch können sich auf Basis der chronischen Mittelohreiterung habituelle, von Zeit zu Zeit sich wiederholende Erysipele etabliren. Der Verlauf dieser primären Erysipele ist im Grossen und Ganzen analog dem der secundären; aber auch hier scheint das Erysipel, wenn es zu den Knochenlagern überwandert, die Tendenz innezuhalten, den Knochen selbst nicht in seiner

Continuität zu lädiren. Die Prognose ist selbstverständlich bei allen Erysipelen immer mit grösster Vorsicht und Reserve zu stellen. Die obigen Ausführungen werden illustrirt durch 4 Krankengeschichten, von denen der Verf. nur ganz kurz das Resultat mittheilt, da sie in extenso in einer Dissertation seines Schülers Dr. *Frucht* veröffentlicht werden sollen.

# Kleine Mittheilungen.

869. ***Als Frostsalbe***, welche in prophylactischer Weise schon im Sommer anzuwenden ist, empfiehlt Dr. ***E. Stern***, Mannheim, folgende Composition

*Zinc. oxyd. crud.* 15·0
*tere exactiss. digere c.*
*Glycerin.* 45·0
*adde Lanolin.* 40·0

Die Salbe ist jeden Abend aufzutragen und auch bei Tage wird nach jeder Waschung eine dünne Schicht derselben eingerieben und der Ueberschuss mit dem Handtuch entfernt. Selbst schwere ulceröse Formen wurden bei dieser Behandlung geheilt.
(Therap. Monatsh. 1893. 8. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 35.)

870. ***Rothe Strümpfe*** hatten in Paris bei kleinen Kindern zu Hautjucken und Flechten Veranlassung gegeben. Die Untersuchung wies als Färbemittel anscheinend eine Zusammensetzung aus Congoroth und Anilin nach, während als Beize Tannin und Tartarus stibiatus benutzt wurde. In der weissen Asche war eine erhebliche Menge von Antimonoxyd nachweisbar; letzteres scheint sehr wohl geeignet, die genannten Krankheitserscheinungen hervorzurufen, namentlich unter dem Einflusse der Hautwärme und der Transspiration.
(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 27. — Deutsche Zeitschr. f. öff. Gesundhpfl. 1893. 8.)

871. ***Einen Fall von traumatischer Hysterie*** bei einem Eisenbahnconducteur, der während des Fahrens eines Zuges 20 Minuten zwischen zwei Wagen hing, in beständiger Gefahr, vom Zuge überfahren zu werden, stellte Prof. ***Sahli*** am klinisch. Aerztetag in Bern am 28. Juni 1893 vor. Fast sämmtliche hysterische Symptome liessen im Verlaufe sich nachweisen: Herabsetzung der Muskelkraft in beiden Extremitäten, Hemiparästhesien, Einengung des Gesichtsfeldes mit Ermüdbarkeit, Herzklopfen, Dyspnoe (auch objectiv nachgewiesen, bis 76 pro Minute), Clavus, Globus, sogenannter Ovarialschmerz (!), nervöse Diarrhoe. In diesem Falle ist nur der Schreck ätiologisch möglich. Brom und Elektricität haben bisher günstig gewirkt. Die Prognose ist nicht so ungünstig, wie allgemein angenommen wird. Hand in Hand mit der Besserung der Kräfte werden auch die übrigen neurasthenischen Beschwerden, namentlich das Gesichtsfeld, besser.
(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 17.)

872. ***Sonnenphototherapie*** nennt Dr. ***O. Theyer*** von San Francisco eine von ihm prakticirte Cauterisirungsmethode. Mittelst biconvexer Linsen brennt er Wunden bösartiger Natur aus, z. B. Schanker, ferner Warzen, Pigmentflecken u. A. Auch bei parasitären Erkrankungen der Haut bedient er sich dieser Methode. Die Cauterisirungen mittelst der Sonnenstrahlen sollen vor anderen Causticis verschiedene Vorzüge haben. Die Wirkungen können genau localisirt und dosirt und ein anregender, irritirender, caustisch oder auch zerstörender Effect nach Wunsch erzielt werden; der Schmerz vergeht fast sofort nach der Operation; in Folge des chemischen Einflusses soll die Lebensthätigkeit der Gewebe dabei sehr gehoben werden, was namentlich sich deutlich bei bösen Wunden zeigt. Ein italienischer Ophthalmologe rühmt auch sehr die Sonnenphototherapie, durch welche er bedeutende Wirkungen bei Behandlung granulöser Ophthalmie erlangt haben will.
(Semaine méd. 1893. 47. — Pharm. Post. 1893. 35.)







Zusammensetzung des Blutes beruhen, wie **Anämie und Chlorose,** bei **Schwächezuständen** nach erschöpfenden Krankheiten, ferner **Malaria, Wechselfieber** und den ihnen folgenden Cachexien, bei **Krankheiten des weiblichen Genitaltractes** und deren Folgezuständen, bei **Haut- und Nervenkrankheiten,** sowie bei gewissen Formen von **Neubildungen** (Lymphome) erzielt worden, und äusserte sich die Wirkung des Wassers am besten, wenn dasselbe nüchtern genommen wurde. Erwachsene beginnen die Cur — welche, wenn sie erfolgreich sein soll, 6—8 Wochen in Anspruch nimmt — mit 2 Esslöffel voll pro Tag, steigen auf 3 und dann auf 4 Esslöffel, um gegen Ende der Cur wieder auf 3, respective 2 Esslöffel herabzugehen. Kinder über 6 Jahre beginnen mit 1 Esslöffel voll, steigen auf 2, eventuell auf 3 Esslöffel voll pro Tag und gehen gegen Ende der Cur allmälig auf 2, respective 1 Esslöffel voll herab. . Bei Kindern unter 6 Jahren nimmt man statt Esslöffel Theelöffel voll.

---

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Czermak, Dr. Wilhelm,* k. k. Universitäts-Professor und Vorstand der Universitäts-Augenklinik in Innsbruck. Die augenärztlichen Operationen. III. und IV. Heft. Mit 37 Original-Holzschnitten. Wien, Druck und Verlag von Carl Gerold's Sohn, 1893.

*Haab, Prof. Dr. O.,* in Zürich, Die wichtigsten Störungen des Gesichtsfeldes. Für Kliniker, Aerzte und Studirende übersichtlich zusammengestellt. 2 farbige Tafeln mit Text. (Augenärztliche Unterrichtstafeln. Für den akademischen und Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. Magnus. Heft V.) Breslau 1893, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

*Magnus, Prof. Dr. H.,* in Breslau, Die Haupttypen der ophthalmoskopischen Veränderungen des Augengrundes bei Allgemeinerkrankungen. 8 farbige Tafeln mit Text. (Augenärztliche Unterrichtstafeln. Für den akademischen und Selbstunterricht. Heft IV.) Breslau 1893, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).

*Siegert Gustav,* Das Problem der Kinderselbstmorde. Für Eltern, Lehrer und Kinderfreunde. Leipzig, R. Voigtländer's Verlag, 1893.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.















Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

873. ***Zwei Fälle von epileptiformen Anfällen in Folge von Veränderungen in der Nasenhöhle.*** Von ***F. Kjellman,*** *Stockholm. (Hygiea. 1893, Februar, pag. 154.)*

In der Literatur finden sich bis jetzt 15 Fälle von epileptiformen Anfällen, welche nach Beseitigung von Krankheiten der Nasenhöhle aufhörten. Solche Leiden waren theils Polypen, theils Fremdkörper, theils Anschwellung der Muscheln, besonders der unteren, durch krankhafte Erweiterung des cavernösen Gefässnetzes unter der Schleimhaut oder (in der Minderzahl der Fälle) durch Schleimhauthyperplasie veranlasst. Die Krämpfe werden hier so erklärt, dass bei dieser Schlaffheit der Nasenschleimhaut durch active Hyperämie (bei Catarrh) oder durch passive Hyperämie (z. B. bei horizontaler Lage) eine so bedeutende Volumsvermehrung der Nasenmuscheln mit erhöhter Spannung der Gewebe und Friction benachbarter Theile eintritt, wobei dann Reizung der Endigungen des N. trigeminus resultirt, die, zu den motorischen Centren der Hirnrinde geleitet, den Krampf auslöst.

Ausser dieser Art Krämpfe, zu denen Verf. einen weiteren Fall hinzufügt, gibt es aber noch andere epileptiforme Convulsionen, die von der Nasenhöhle ausgehen. Verf. sah einen solchen Fall von Epilepsie mit Verlauf des Bewusstseins und clonischen Krämpfen bei einem Kinde, das seit drei Jahren die Gewohnheit hatte, den einen Nasenflügel mit den Fingern zu verschliessen und so die Athmung durch die Nase zu erschweren. Erst als diese Gewohnheit aufgegeben wurde, hörten die Krämpfe auf, während die Aetzung der geschwollenen rechten Muschel keinen Einfluss ausübte. Ein wichtiger Unterschied bestand hier darin, dass der Krampf von einem Erstickungsanfalle (Asthma) eingeleitet wurde, der mit stöhnender Athmung und Cyanose verlief und dass, wenn der Patient in verticale Stellung gebracht und so das Athemhinderniss beseitigt wurde, kein Krampf zu Stande kam, während beim Verbleiben in horizontaler Lage Krämpfe eintraten. Diese Eclampsia nocturna bildet ein Pendant zu den bei Spasmus glottidis vorkommenden Krämpfen und stehen entweder mit der Kohlensäureanhäufung im Blute oder mit den durch das Asthma hervorgerufenen Störungen des Blutkreislaufes in Verbindung. Bei dem Kranken Verf.'s war die verminderte Nasenathmung entweder nicht rechtzeitig oder nicht genügend durch Mundathmung ersetzt oder die durch den Mund geathmete kältere Luft hatte einen directen Reiz auf die Schleimhaut des Kehlkopfes und der Luftröhre ausgeübt, wodurch die Luftzufuhr ungenügend wurde.

*Th. Husemann.*





874. ***Beiträge zur Anatomie, Pathogenese und Therapie der Epilepsie.*** *Von Harald Holm, Christiania. (Nordiskt med. Ark. 1893. 15.)*

Verf. hat bei der Untersuchung der Gehirne von drei Epileptikern starke Veränderungen constatirt, wie man solche in der Regel bei allgemeiner Paralyse mit chronischem Verlaufe sieht. Als Unterschied ist nur der Sitz der Degeneration zu bezeichnen, insoferne die psychomotorischen Centren bei keiner Psychose so allgemein verändert sind wie bei der Epilepsie. Ausser den primär ergriffenen Partien fand sich auch Degeneration in der Medulla oblongata und spinalis. In Bezug auf die Pathogenese vertritt Verf. die Ansicht, dass die epileptischen Anfälle sich durch eine Irritation der Rindensubstanz allein erklären liessen, doch sind allgemeine Anfälle an die Mitbetheiligung des verlängerten Markes und Rückenmarkes gebunden. Eclamptische Anfälle im kindlichen Alter gehen aus Reizung der letzteren hervor, stehen aber mit der Rindensubstanz nicht in Verbindung, da diese bei Neugeborenen keine Markfasern enthält. Uebrigens leitet Verf. den epileptischen Anfall selbst von einem vasomotorischen Processe her, im Laufe dessen sich im Centralnervensysteme venöse Stase und Oedem ausbilden. Mit dieser serösen Exsudation bringt er auch die successive Degeneration der Ganglienzellen und der Nervenfasern in Verbindung. Als Aufgabe der Therapie der Epilepsie betrachtet Verf. die Bekämpfung der Degenerescenz. Von der Erfahrung ausgehend, dass kleine Dosen Phosphor bei anderen Degenerationen der Nerven von günstiger Wirkung sind, wurden solche auch bei 8 Epileptikern versucht. Im Laufe der Behandlung wurden die Anfälle seltener und kürzer und die sonstigen Erscheinungen (Schwäche der Intelligenz, Abnahme der Muskelkraft, Depression, Steigerung des Patellarreflexes) wesentlich gebessert. In 3 Fällen, wo sonst täglich ein epileptischer Anfall statthatte, wiederholten sich die Anfälle in 3 Monaten nicht. Meist war schon nach 8 Tagen die Besserung deutlich ausgesprochen. *Th. Husemann.*

875. ***Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter.*** *Von Dr. M. Friedmann, Mannheim. (Münchener med. Wochenschrift. 1892. 21—25. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 36.)*

Auch die Statistik aus des Verf.'s Beobachtung bestätigt die Seltenheit der Psychosen bei Kindern. Als allgemeine Züge der Neurosen im Kindesalter ergaben sich vor Allem die grosse ätiologische Bedeutung der nervösen Anlage, ihr klinischer Charakter ist wesentlich Erethismus und psychische Hyperästhesie, während primärer Torpor ohne Schwachsinn fehlt. Sodann zeigt sich beim Kinde die Tendenz zu sensomotorischen Krampf- und Lähmungssymptomen (Convulsibilität). Bei den psychischen Reizerscheinungen (Cerebralirritation) ist die Neigung zu passageren Störungen bemerkenswerth, kommt es aber zu continuirlichen, so haben sie die Merkmale tiefgehender Erschöpfung und Lähmung, des Torpors, an sich. Für die Psychosen der Kinder ist charakteristisch der ausgeprägte intellectuelle Schwachsinn. Während aber z. B. *Schüle* und *Emminghaus* dieses Symptom aus der präexistirenden Gedankenarmuth der Patienten erklären, und zwar jener aus der defecten Anlage oder der durch frühere Hirn-



erkrankungen mangelhaften Bildungsfähigkeit des Gehirns, dieser aus der geringen Productivität und Ausdrucksfähigkeit des kindlichen Geistes, scheint dem Verf. jene Gedankenarmuth vielmehr eine „Gedankenverarmung" des besonders auf dem Gebiete der Phantasie sonst reichen kindlichen Geisteslebens zu sein. Diese Gedankenverarmung hat ihren Grund in einer Erschwerung und Hemmung der Gedankenassociirung, und die Schwere der Symptome beruht darauf, dass das kindliche Gehirn zwar im Ganzen erlittene Schädigungen leicht auszugleichen vermag, recht „elastisch" ist, aber eine Tendenz zu allseitiger Ermüdung und Erschöpfung zeigt. Zugleich erklärt sich aus diesen beiden Momenten sowohl das Passagere der psychischen Störungen als die Verschiedenartigkeit der ursächlichen Momente — sehr schwere Schädigung, Strapazen und Ueberanstrengung bei schwacher Constitution und sehr unerhebliche Gelegenheitsursache bei hereditärer Anlage — sowie ferner die Seltenheit der kindlichen Psychosen. Als praktische Lehren ergeben sich: das hauptsächlichste ätiologische Moment für schwere Neurosen und Psychosen ist die hereditäre Disposition, nur bei der Schulnervosität spielt sie eine geringe Rolle. Zum Regime gegenüber der nervösen Anlage der Kinder hat man auf möglichste Enthaltung von intellectuellen Anstrengungen und Strapazen von früh auf hinzuwirken, die Kinder also erst spät zur Schule zu schicken, ihren oder der Eltern falsch angebrachten Ehrgeiz zu dämpfen, wo das nicht genügt, die Patienten für mehrere Jahre auf's Land zu geben, und schliesslich der künstlichen Hintanhaltung der kindlichen Lust an körperlicher Bewegung und munteren Spielen seitens der Eltern entschieden entgegenzutreten.

876. ***Ueber Incision und Drainage bei Pyopericardium.*** *Von R. Sievers, Helsingfors. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXIII, pag. 26. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 37.)*

Verf. beschreibt ausführlich die Krankheitsgeschichte einer an septico-pyämischer Infection erkrankten Patientin von 22 Jahren, die ausser acuter Nephritis, rechtsseitiger Pleuropneumonie und linksseitiger serös-eiteriger Pleuritis eine serös-eiterige Pericarditis bekam. Die Herzdämpfung reichte eben bis zur zweiten Rippe, links bis zur mittleren Axillarlinie und rechts bis zum rechten Sternalrand. Nach Probepunction wurden 300 Ccm. Flüssigkeit aus dem Herzbeutel aspirirt und da das den sehr bedenklichen Zustand der Kranken nur unbedeutend besserte, schritt Verf. zur Incision und Drainage des Pericardium im 3. Intercostalraum, 2 Cm. vom Sternalrand. Der Erfolg war zunächst günstig, doch starb Patientin am 9. Tage nach der Operation. Die mit Punction, respective Aspiration behandelten Fälle von eiteriger Pericarditis sind alle gestorben. Von 12 Fällen, bei denen der Herzbeutel durch Schnitt eröffnet und drainirt wurde, genasen 5 — ein überraschend günstiges Resultat. In allen diesen Fällen lagen keine schweren Complicationen vor (nur seröse oder eiterige linksseitige Pleuritis, einmal acute Osteomyelitis, einmal primäre uncomplicirte Pericarditis). Die Todesfälle sind den schweren Complicationen, respective der allgemeinen septischen Infection zuzuschreiben; einmal trat der Tod ein, während der Herzbeutel ausgespült wurde. Die Spülungen scheinen

überhaupt nur schädlich zu wirken, wenigstens die Heilung zu verzögern — wie das von *Runeberg* auch für Pleuraempyeme nachgewiesen ist. — Das definitive Heilungsresultat bei den am Leben gebliebenen Kranken war vorzüglich, die körperliche Leistungsfähigkeit erlitt keine Einbusse. Verf. stellt folgende Sätze auf: 1. Eine Operation bei eiteriger Pericarditis ist vollkommen berechtigt, die Ausführung derselben hat keine störende Einwirkung auf die Arbeit des Herzens, und sie bietet die einzige Möglichkeit zur Rettung dar. 2. Die Operation kann in vielen Fällen zu vollständiger Genesung führen und kann bei complicirten pyämischen Affectionen wenigstens wesentlich den Zustand des Patienten verbessern und das Leben verlängern. 3. Die Operation wird am besten durch Incision im 4. oder 5. Rippeninterstitium, einige Centimeter links vom Sternum gemacht; Drainage soll vorgenommen, Spülung der Pericardialhöhle aber am besten unterlassen werden.

877. ***Die Bedeutung des Herpes labialis bei der Cerebrospinalmeningitis.*** *Von F. Klemperer. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 29. — Der prakt. Arzt. 1893. 9.)*

Die Angaben über die Häufigkeit des Herpes labialis bei der Meningitis lauten im Allgemeinen dahin, dass er bei der epidemischen Meningitis sehr häufig (etwa in der Hälfte aller Fälle) vorkomme, bei der tuberculösen Meningitis jedoch sehr selten sei. Hieraus allein lässt sich eine gewisse Berechtigung ableiten, einen bestehenden Herpes labialis bei der differentiellen Entscheidung zwischen der tuberculösen oder epidemischen Natur eines meningitischen Processes als ein für die letztere sprechendes Moment in die Wagschale zu werfen. Ob aber das Auftreten des labialen Herpes so charakteristisch ist, dass die Diagnose einer epidemischen Meningitis selbst dann gestattet ist, wenn eine grössere Reihe von Symptomen mehr für die tuberculöse Natur des Processes spricht, diese Frage bedurfte zur Beantwortung noch eingehenderer Untersuchungen. Verf. wurde zu diesen durch drei ausführlicher mitgetheilte Fälle veranlasst, in denen mehrere Momente (Heredität, früher oder gleichzeitig vorhandene Processe ausgesprochen tuberculöser Natur) mehr für die Annahme einer tuberculösen Meningitis sprachen und sich trotzdem ein labialer Herpes vorfand. In der That lehrte der Verlauf dieser Fälle (2mal Heilung, 1mal Autopsie), dass es sich um eine epidemische Meningitis gehandelt hatte. Zur Beantwortung der aufgeworfenen Frage war es nöthig, über das Wesen des Herpes labialis einige Aufklärung zu gewinnen. Nach den bacteriologischen Untersuchungen Verf.'s fanden sich in allen Fällen (19) Bacterien, und zwar keine specifischen, sondern Coccen, Glieder der grossen Gruppe der gewöhnlichen Entzündungserreger, die um so sicherer als die Ursache des Herpesausschlages anzusehen waren, als sie sich auch in den eben erst entstandenen Bläschen fanden. Beachtet man nun, dass sich der Herpes gerade bei jenen Affectionen findet, die durch eben diese Mikroorganismen bedingt sind (Pneumonia, Angina) oder bei denen diese Mikrococcen wenigstens als Complication eine Rolle spielen (Gelenkrheumatismus, Endocarditis), während es bei den durch specifische Bacterien verursachten Krankheiten (Typhus, Diphtherie, Tuberculose) ungemein selten ist, so liegt der Gedanke nahe, dass



der Herpes und die fieberhafte Grundkrankheit, bei der er auftritt, ätiologisch in directem Zusammenhang stehen. Aber wenn der Herpes auch nur der Ausdruck einer Misch- oder Secundärinfection ist, immer scheint er doch ein Zeichen dafür zu sein, dass bei der Krankheit, die er begleitet, gewöhnliche, nicht specifische Entzündungserreger als ätiologisches oder complicirendes Moment eine Rolle spielen. Ist diese Deduction richtig, so würde man in der That durch das Auftreten eines Herpes labialis bei der Meningitis zur Diagnose einer nicht specifischen, sogenannten epidemischen Hirnhautentzündung berechtigt sein.

878. ***Besserungs- und Heilungsvorgänge bei Aneurysmen der Brustaorta.*** *Von Prof.* ***Curschmann.*** *Arbeiten aus der med. Klinik zu Leipzig. 1893. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 39.)*

Bei einer 43jährigen Frau hatte sich ein Aneurysma des Aortenbogens unter Anwendung von Jodnatrium und unter Eisapplication nachweislich — Gypsabguss der Brustwand — verkleinert. Verf. lässt es unentschieden, ob in diesem wie in ähnlichen Fällen wirklich eine günstige Veränderung, d. h. Stillstand oder beginnende Heilung des Processes eintrat, oder nur eine Verkleinerung des äusseren sichtbaren Theiles des Aneurysma, während es an anderen Stellen sich weiter ausdehnte. Das Aneurysma eines 53jährigen Mannes zeigte die auffällig lange Dauer des Bestehens von $6^1/_2$ Jahren. In einem Falle beobachtete Verf. frappante Besserung eines Aneurysma nach der Unterbindung der Art. carotis. In einem anderen Falle hielt die mit der Behandlung eintretende subjective und objective Besserung lange an, bis wieder Zustände von Angina pectoris auftraten und der Kranke $2^3/_4$ Jahr nach der ersten Untersuchung in einem solchen Anfalle starb. Wenn in solchen Fällen eine Art von Heilung oder Stillstand des Processes zu Stande kommt, so ist dies durch Entstehung und Solidificirung von Gerinnseln zu erklären. Verf. theilt zwei weitere Beobachtungen mit, bei welchen diese Vorgänge geradezu eine Ausheilung des Processes herbeiführten. Dennoch ist daran festzuhalten, dass die Prognose des Aneurysma eine fast absolut letale ist. Die am ehesten zur Heilung neigende Form des Aneurysma ist die flaschenförmige, gestielte; eine weitere günstige Bedingung ist möglichst geringe Ausdehnung des atheromatösen Processes über den Sack hinaus. Grösse und Form des äusserlich hervortretenden Theiles des Aneurysma lassen sich nach Verf. durch den Gypsabguss demonstriren; die Stärke der Pulsation des Sackes durch einen darüber gestülpten kleinen Trichter mit lang auslaufender Glasröhre, in welche gefärbte Flüssigkeit gebracht wird.

879. ***Ueber den Durchbruch kalter (tuberculöser) Abscesse der Thoraxwand in die Lungen, respective Bronchien.*** *Von Dr.* ***Messner.*** *(Münchener med. Wochenschr. 1893. 21. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 36.)*

Entgegen der allgemeinen Erfahrung, nach welcher kalte Abscesse, die sich im Anschluss an Tuberculose der knöchernen Thoraxwand entwickeln, in ihrer Ausbreitung und Wanderung durch die Anordnung der Muskeln und Fascien beeinflusst werden, hat Verf. zweimal das sehr seltene Vorkommniss beobachtet, dass ein von einer Wirbel-, respective Rippencaries ausgehender Abscess in die Bronchien, respective Lungen durchgebrochen ist. In dem einen Falle



handelte es sich um eine Spondylitis des 5. und 6. Brustwirbels; ein von denselben ausgehender, in der Höhe des letzteren liegender Abscess war mit Sicherheit nachzuweisen. Plötzlich trat starker Husten ein, verbunden mit reichlicher Eiterexpectoration; zugleich verschwand die durch den Abscess bewirkte Dämpfung. Nach weiteren 6 Wochen hörte der Husten, nach Entleerung grosser Eitermengen, auf; die Lungen zeigten sich als gesund, der Process an der Wirbelsäule als ausgeheilt. Bei dem zweiten Patienten war neben der Caries zweier Rippen und einem von denselben ausgehenden Abscess eine an der Stelle des letzteren vorhandene Affection der Lunge (Bronchialathmen, crepitirendes Rasseln) nachzuweisen. Nach der Resection der erkrankten Rippe zeigte sich, dass an der cariösen Stelle derselben ein Granulationsknopf vorhanden war, welcher sich in die Tiefe der Lunge in Form eines Zapfens fortsetzte. Nach Entfernung desselben und Reinigung des so entstandenen Fistelganges von 11 Cm. Länge entleerte sich aus der Tiefe der Lunge ein Esslöffel dünnen Eiters. Drainage, im Uebrigen Vernähung der Wunde. Die Entleerung von Eiter, welcher sehr viel Tuberkelbacillen enthielt, aus dem Drain war anfangs sehr stark, um später erheblich nachzulassen; indess treten 10 Tage nach der Operation Durchbruchserscheinungen (eiteriges reichliches Sputum) auf. Auch dieses verschwindet nach einigen Wochen; zugleich schliesst sich die Fistel vollständig, so dass Patient 5 Wochen nach der Operation völlig gesund, ohne nachweisbare Abnormität der Lungen, entlassen werden kann. Zum Schluss weist Verf. darauf hin, dass solche Zustände, wie der letztbeschriebene, ungemein schwer zu diagnosticiren sind, und dass auch die vielfachen Merkmale, welche zur Abgrenzung eines peripleuritischen Abscesses von intrapleuralen Processen (abgesacktem Empyem etc.) angegeben worden sind, oft im Stich lassen. Zum Glück ist dies in praxi nicht von grosser Wichtigkeit, da die operative Therapie in beiden Fällen indicirt ist.

---

## Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

880. ***Zur Behandlung des Asthma bronchiale s. nervosum.*** *Von Sanitätsrath Dr. Kruse, königl. Badearzt in Norderney. (Wiener med. Wochenschr. 1893. 22—23.)*

Auf Grund jahrelanger Beobachtungen empfiehlt Verf. den Aufenthalt an der Seeküste als eines der besten Mittel gegen Asthma. Die Seeluft bringt asthmatische Erkrankungen, die allen sonstigen Behandlungsmethoden widerstanden haben, sehr häufig zum vollständigen Verschwinden, oder bewirkt doch eine derartige Besserung, dass die Kranken nach mehrwöchentlichem Aufenthalte an der See für lange Zeit von den Anfällen befreit sind. Unter 56 in Norderney behandelten Asthmatikern, von denen Verf. zuverlässige Nachricht über das spätere Befinden erlangen konnte, wurden 29 vollständig geheilt. Zehn andere veraltete Fälle, meistens mit Emphysem verbunden, wurden so erheblich gebessert, dass sie nach einer vier- bis fünfwöchentlichen Cur an der See für



den Rest des Jahres wenig oder gar nicht zu klagen haben. Bei der Behandlung des Bronchialasthmas an der See sind einige Punkte zu berücksichtigen, wodurch der Erfolg der Cur beeinträchtigt werden kann. Am nachtheiligsten wirkt das immer noch bestehende Vorurtheil, dass das Baden in der See die Hauptsache bei der Cur sei. Bei Bronchialasthma ist im Gegentheil die Seeluftwirkung beiweitem das Wesentlichste und darum eine Cur auch möglich, wenn nicht gebadet werden kann; besonders sind die milden Herbstmonate für den Seeaufenthalt zu empfehlen. Das kalte Bad ist erst gestattet, wenn man sich überzeugt hat, dass die Anfälle längere Zeit ausgeblieben sind. Mehrfach beobachtete Verf., dass die Congestion nach den inneren Organen, also auch nach der Bronchialschleimhaut, welche die Folge des kalten Bades ist, sowie die Nervenerregung durch dasselbe sofort einen Asthmaanfall auslösten. Von Wichtigkeit ist ferner, dass die Art und die Dauer des Aufenthalts im Freien geregelt werde. Für blutarme und muskelschwache Asthmatiker führt das, ihnen meist unvorsichtigerweise verordnete, angestrengte Gehen in der Seeluft leicht zur Uebermüdung und dadurch zu Anfällen; für manche Kranke muss das Verweilen in unmittelbarer Nähe des Meeres anfangs oft nur auf einige Stunden beschränkt, für den Rest des Tages ein geschützterer Aufenthalt gewählt und erst allmälig der unbeschränkte Genuss der Strandluft gestattet werden. Auf das Strengste zu vermeiden sind alle Ueberladungen des Magens.

*—r.*

881. ***Zur Behandlung des Erysipels.*** *Von Dr. **H. Köster,** Oberarzt. Vorläufige Mittheilung. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 38.)*

Verf. berichtet über eine einfache Behandlungsmethode, die jetzt seit circa einem Jahre auf dessen Abtheilung im allgemeinen Krankenhause zu Gothenburg in allen Fällen (circa 50) von Erysipelas angewendet wird. Dieselbe besteht in dem Bedecken der ergriffenen Partien und eines Theiles der umgebenden gesunden Haut mittelst Pinsels mit einer mässig dicken Schicht von weisser Vaseline; auf diese wird, falls im Gesicht, eine Maske aus Leinenzeug mit Oeffnungen für Augen, Nase und Mund, falls anderwärts, ein gewöhnliches Stück Leinen gelegt, und das Ganze durch unter gelindem Druck angelegte Gazebinden befestigt. Zweimal täglich wird neue Vaseline aufgestrichen und dieselbe fettdurchtränkte Maske wieder aufgelegt und auf's Neue befestigt. Die erzielten Resultate sind äusserst günstige und, wie Verf. durch Vergleich mit früher ausgeführten Behandlungsserien mit Jodeinpinselung, Ichthyol, respective Sublimatlanolin constatirte, vollaus eben so günstige wie mit letztgenannten Mitteln. Das Fieber fiel in den meisten Fällen kritisch binnen 2—3 Tage, der Schmerz und die Spannung in den angegriffenen Theilen wurden bald geringer und Recidive kamen nicht öfter vor als nach sonst angewendeten Mitteln. In einigen Fällen war der Erfolg überraschend. Patienten, die Abends mit 40° Fieber und mehr in Behandlung kamen, waren am folgenden Tage fieberfrei und die Ausbreitung des Processes hatte aufgehört. Allerdings war das Resultat nicht in allen Fällen gleich frappant. Die Methode ist nicht nur bei erysipelatösen Processen auf glatter Haut anwendbar, sondern hat auch nach

Ergriffensein der behaarten Kopfhaut, ohne dass es nöthig gewesen wäre, die Haare zu entfernen, gute Resultate geliefert. Die Behandlungsmethode ist einfach, völlig gefahrlos, indem in der Vaseline für den Körper schädliche Bestandtheile sich nicht vorfinden, völlig reizlos und deshalb für den Patienten angenehmer als Jodeinpinselung, Ichthyol oder Sublimatlanolin, die, wie in mehreren Fällen vorgekommen, recht heftige Reizerscheinungen hervorrufen können. —r.

882. ***Das Chlornatrium als Heilmittel des Magenkrebses.*** *Von Dr.* ***Brissand****, Paris. Vortrag in der Sitzung der Association française pour l'avancement des sciences. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 72.)*

Seit langer Zeit ist bekannt, dass Lösungen von Chlornatrium bei Epitheliom des Mundes und bei gewissen Cancroiden der Nase und ihrer Umgebung eine gewisse Heilwirkung entfalten. Auf Grund dieser Beobachtungen hat Verf. bei Magenkrebs eine analoge Behandlung eingeleitet. Wegen der geringen Löslichkeit des Chlorkaliums, sowie wegen seiner relativen Giftigkeit wurde vorwiegend das Chlornatrium benutzt. Letzteres löst sich in 3 Theilen Wasser, während ein Gewichtstheil Chlorkalium erst in 20 Theilen Wasser löslich ist. Was die Dosirung desselben betrifft, so wurden täglich 8—16 Grm. gegeben; die Dosis von 16 Grm. innerhalb 24 Stunden wurde niemals überschritten. Verf. sah als Erfolg im Laufe von 4 Jahren Nachlassen der Schmerzen, sowie das Verschwinden einzelner Magenbeschwerden, und zwar in einzelnen Fällen in dem Grade, dass man von einer scheinbaren Heilung sprechen konnte. Diagnostische Irrthümer an seinen Patienten glaubt Verf. ausschliessen zu können, umsomehr, als die Methode in der Regel nur in solchen Fällen ausgeführt wurde, in welchen nicht allein die subjectiven Beschwerden auf Magenkrebs deuteten, sondern auch die Tumoren durch die Bauchdecke fühlbar waren. In 5 Fällen wurde das Medicament in Dosen von 12, 14 und 16 Grm. pro die angewandt. Die Patienten befinden sich jetzt vollkommen wohl, d. h. das Bluterbrechen hat aufgehört, der Appetit ist zurückgekehrt, Cachexie verschwunden. Andererseits ist in 3 Fällen, in welchen ein Tumor nachweisbar war, eine vollkommene Rückbildung desselben 6 Wochen nach Beginn der Cur eingetreten. Andererseits sind auch Misserfolge zu verzeichnen. Während sich die sogenannten epitheliomatösen Formen des Carcinoms ganz besonders für die Behandlung zu eignen scheinen, gibt es andere, in welchen es sich um interstitielle Sarcomatosen oder dem Sarcom ähnliche Formen der Erkrankung handelt, die durch diese Behandlungsmethode nicht gebessert zu werden scheinen. In noch anderen Fällen ist wahrscheinlich der Misserfolg auf Rechnung einer Vereiterung der Krebsmetastase zu setzen, oder auf Rechnung von Complicationen, auf welche die Behandlung keinerlei Einfluss hat, so besonders auf diejenigen Fälle, in welchen es sich bereits im Beginn der Behandlung um Lebercarcinom handelte. —r.

883. ***Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit.*** *Von Dr.* ***Sommer****. Nach dem Vortrag im Verein für wissenschaftl. Heilkunde zu Königsberg i. Pr. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 33.)*

Allen Fällen von Schlaflosigkeit liegen organische oder functionelle Störungen zu Grunde, die erst durch eine entsprechend



geleitete Causalcur beseitigt werden müssen, ehe an eine dauernde Heilung der Schlaflosigkeit gedacht werden kann. Was die eigentlichen Schlafmittel betrifft, so sind dieselben nur als Nothbehelf anzusehen, um das lästige und oft aufreibende Symptom der Schlaflosigkeit zu vertreiben. Entschliesst man sich aber einmal, ein Schlafmittel zu verordnen, so muss es auch stets in zweifellos wirkender Dosis gegeben werden, da sonst der Patient das Zutrauen verliert. Mässige Nachwirkungen unangenehmer Art sind weniger zu fürchten, als der Halbschlaf nach ungenügender Menge des Hypnoticums. Ein und dasselbe Mittel sollte nicht längere Zeit hintereinander verordnet werden. Endlich müssen auch diejenigen Vorbedingungen erfüllt sein, unter deren Einfluss erfahrungsgemäss am leichtesten der Schlaf einzutreten pflegt: Ruhe, Dunkelheit, Bequemlichkeit etc. Der Vortr. warnt dann zunächst vor dem Morphium, das überhaupt nur in schmerzstillender Dosis, nicht aber als eigentliches Hypnoticum gegeben werden sollte. Am sichersten wirkt das Chloralhydrat, dann das Paraldehyd, das Sulfonal und in gewissen Fällen (z. B. in der Schlaflosigkeit der Reconvalescenten) der Alkohol, beziehungsweise in Form von gutem Bier. Am schädlichsten ist das Chloral, am harmlosesten das Paraldehyd, das überhaupt in erster Linie. besonders bei Neurasthenie, Ueberarbeitung, nach Alkoholmissbrauch etc. zu empfehlen ist. Urethan, Somnal und andere neuere Medicamente sind nicht ganz zuverlässig, eignen sich aber zur gelegentlichen Abwechslung. Bromkalium hat nur in verhältnissmässig grossen Dosen, die dann am besten im Laufe des ganzen Tages eingenommen werden, eine einschläfernde Wirkung. Hyoscin und ähnliche Alkaloide sind wie das Morphium nur für extreme Fälle aufzubewahren. Immer aber bleibt die Causalbehandlung und ein hygienisches Regime die Hauptsache bei der Behandlung der Schlaflosigkeit.

884. ***Ueber die Behandlung der asiatischen Cholera auf Swinburne Island bei New-York.*** *(The Amer. Journ. of med. sciences. 1893. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 39.)*

Die in der Quarantäneanstalt des Hafens von New-York geübte Behandlung der Cholerakranken war folgende: Wo kein Collaps vorhanden war, wurden bei prämonitorischen Diarrhoen vor Allem die Eingeweide durch Verabreichung von 1·0 Grm. Calomel (was stündlich wiederholt wurde, bis 3 Dosen genommen waren) entleert; dann wurde ein halbes Gramm zweistündlich verabreicht. Als Reizmittel wurde vorzugsweise Brandy hypodermisch angewendet. Bei Asphyxie wusch man Magen und Gedärme gründlich aus. In den Magen führte man zu diesem Zwecke jede zweite Stunde eine 1‰ige Kochsalzlösung mit der *Faucher*'schen Tube ein, und die Gedärme wurden zweistündlich mit einer halben Gallone 2%iger Jasminsäurelösung von 108° F. (60° C.) ausgewaschen. Wo es Schwierigkeiten machte, die Flüssigkeit über die Ileocöcalklappe hinauf zu bringen, wurde leicht massirt. Nach jeder Injection stieg die Körpertemperatur um 0·5—1·5° C. Begann der Puls zu schwinden und wurde die Athmung schwach, so schritt man zur Hypodermoclyse. Die Lösung bestand aus 3 Theilen Kochsalz, 10 Theilen Brandy und 1000 Theilen steri-



lisirten Wassers mit einer Temperatur von 104° F. (58° C.); es wurde für einen Erwachsenen eine Quart genommen und in die Haut der Seite des Thorax oberhalb der achten Rippe injicirt; dieses Verfahren wurde alle 2—5 Stunden je nach Bedarf wiederholt. Die höchste so verabreichte Menge in einem Falle waren 11 Quart. In einigen Fällen liess man auch Sauerstoff — eine Gallone pro Stunde — inhaliren. So lange Erbrechen vorhanden war, wurde keine Nahrung gegeben; später wurde peptonisirtes Fleisch, Champagner und Milch mit Sodawasser — 3 Theile Milch zu einem Theil Wasser — verabreicht. Die erschöpfenden Krämpfe wurden in allen ausser zwei Fällen vermieden, indem man die Kranken in einer warmen, feuchten Atmosphäre dunsten liess. Während der Reconvalescenz reichte man milde, nahrhafte Kost. Das auf Swinburne Island erzielte Resultat erscheint folgendermassen: Es kamen 72 Fälle asiatischer Cholera in die Behandlung, unter ihnen nur 8 leichte. Daran starben 20, 6 von ihnen 2 Stunden nach der Aufnahme; unter diesen 20 Todesfällen hatten 3 das Stadium der Asphyxie schon überstanden; zwei von ihnen starben an Pneumonie, der dritte an Nephritis. Die Reconvalescenz dauerte 14 Tage. Opium wurde streng vermieden, weil *Koch* durch seine Laboratoriumversuche bewiesen hat, dass dieses Gift die Entwicklung und das Weiterschreiten der Krankheit begünstigt. Die Bösartigkeit der Epidemie im Jahre 1892 geht daraus hervor, dass eine grosse Zahl der Erkrankten binnen wenigen Stunden starb. Die Leichen aller an Cholera Verstorbenen wurden verbrannt.

885. ***Der Werth der verschiedenen Substanzen, welche als Antidote bei Phosphorvergiftung empfohlen werden.*** *Von E. Thorton. (Therap. Gaz. 1893. Januar. — Therap. Monatsh. 1893. August.)*

Auf Grund seiner Thierlaboratoriumsversuche kommt der Verf. zu dem Schlusse, dass übermangansaures Kali das beste Gegengift bei Phosphorvergiftung ist. Es muss aber vor Absorption des Giftes stark verdünnt in 0·5—1%iger Lösung gegeben werden, da es sonst vor Eintritt der chemischen Reaction zum Erbrechen kommt. Kupfersulfat kann nicht in der nöthigen Menge genommen werden, weil es zur schweren Gastroenteritis führen würde und ist daher nicht verwendbar. Ebenso ist vom Gebrauch des Wasserstoffsuperoxyds abzusehen, da die Einwirkung auf den Phosphor zu langsam vor sich geht und der Verdauungstractus dadurch ebenfalls gereizt wird. Das gewöhnliche käufliche Terpentinöl bildet mit dem Phosphor nicht die oft beschriebene walrathähnliche Masse und kann daher keinen Nutzen bringen.

886. ***Combinirte Behandlung der Diphtherie mit Papayotin und Carbolsäure.*** *Von DDr. E. Levy und H. E. Knopf, Strassburg i. E. Experimentelles und Klinisches. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 32. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 71.)*

Verff. haben seit October vorigen Jahres die Einwirkung des Papayotins auf das Diphtheriegift experimentell geprüft. Das Diphtheriegift verschafften sie sich nach dem Vorgang von *Behring-Wernicke*, indem sie die Bouillonculturen nach vier- bis achtwöchentlichem Verweilen im Brütofen — nachdem dieselben wieder alkalisch geworden waren — mit Carbolsäure im Verhältniss von 0·5%



versetzten. 0·5 Ccm. ihres so bereiteten Diphtheriegiftes genügte, um ein ausgewachsenes Meerschweinchen unter den typischen Symptomen der Diphtherieintoxication nach zwei Tagen zu tödten. Wenn man zu diesem Diphtheriegift etwas Papayotin (Gehe) zusetzt, das Gemisch zwei Tage bei 37 ° C. stehen lässt und nunmehr dessen Virulenz prüft, so zeigt sich, dass die Thiere bis zu 2 Ccm. ertragen. Die Meerschweinchen wurden bei diesen grossen Dosen schwer krank; an der Inoculationsstelle bildeten sich grosse Gewebsnecrosen aus, die langsam vernarbten. Fast alle Versuchsthiere überstanden aber den Eingriff, Sie waren jedoch nach erfolgter Heilung nicht immun; einzelne gingen sogar auf geringere Gaben von Diphtheriegift ein, als frische Meerschweinchen. Das Papayotin hat also seine verdauende Wirkung auf das Diphtheriegift ausgeübt, jedenfalls hat es dasselbe in erheblichem Masse abgeschwächt. Versuche, das Papayotin direct auf die lebenden Bacterien ohne ein Antisepticum einwirken zu lassen, scheiterten, da nach Zusatz des Ferments zu den Culturen dieselben in stinkende Fäulniss übergingen. Nachdem die Verff. so experimentell festgestellt hatten, dass nach Abtödtung der Bacterien das Papayotin eine attenuirende Wirkung auf das Diphtheriegift übt, beschlossen sie, beim Menschen Versuche in der Weise anzustellen, dass sie gleichzeitig Carbolsäure und Papayotin local applicirten. Das Papayotin soll durch seine auflösende Wirkung auf die Membranen der Carbolsäure Gelegenheit geben, in die Tiefe einzudringen; die Carbolsäure ihrerseits soll die Bacterien abtödten und dem Papayotin Gelegenheit geben, das Gift, das ja sicherlich zum grossen Theil an den Bacterienleibern haftet, abzuschwächen. Die in der Strassburger Kinderklinik verwendete Lösung hatte folgende Zusammenstellung:

Rp. *Papayotini (Gehe)* *10·0*
*Acid. carbol puriss., liquefact.*
*Aqua dest.* . *ad 100·0*
MDS. Vor Gebrauch umschütteln.

Die Application geschah in der Weise, dass während der ersten zwei Stunden alle zehn Minuten eine sanfte Einpinselung gemacht wurde, nachher zweistündlich, so viel als möglich, auch während der Nacht. Der Erfolg war zumeist in die Augen springend; von einer Einpinselung zur anderen verkleinerten sich die Auflagerungen, um oft nach einigen Stunden schon ganz zu verschwinden. In einzelnen Fällen war damit der Process beendet; in der Mehrzahl kamen die Auflagerungen bei weniger energischer Bepinselung, z. B. wenn Nachts die Anwendung des Mittels ausgesetzt wurde, wieder zum Vorschein; nur selten zog sich aber das definitive Verschwinden der sichtbaren Pseudomembranen länger als 2 bis 3 mal 24 Stunden hin. Die Fälle von Diphtherie mit derben Pseudomembranen und geringer Infiltration der Umgebung eigneten sich besser zur Behandlung, als die mit starker Infiltration und dünnen Belegen. Die Mortalität an der Strassburger Kinderklinik hat seit Einführung dieser Einpinselungen nach Verff. abgenommen. Verff. haben die Ueberzeugung gewonnen, dass die Membranen unter dem Einfluss ihrer Einpinselungen viel rascher verschwinden, als ohnedies; dass mehrere Patienten dadurch vor



der Tracheotomie bewahrt blieben. In letzter Zeit haben sie Versuche gemacht, statt des Carbols das ungiftigere Thymol in 2% Lösung anzuwenden; in vitro und im Thierexperiment haben sie damit die gleichen Erfolge erzielt. Ueber Einpinselungen mit Thymolpapayotin beim Menschen werden dieselben später berichten.

887. ***Behandlung der Chlorose vermittelst heisser Luftbäder.*** *Von J. Traugott. (Nowiny lekarskie. 1893. Heft 4. — Allg. Wiener med. Ztg.)*

*Scholz* erreichte bei seinen mit Bleichsucht behafteten Kranken vermittelst Schwitzbäder und Aderlass günstige Resultate. Es ist schwer zu unterscheiden, welcher von diesen Proceduren — dem Aderlass oder den Schwitzbädern — in den von *Scholz* angegebenen Fällen die günstige Wirkung zuzuschreiben ist. — In Folge *Scholz's* Anempfehlung wendete Verf. bei seinen Patienten nur Luftbäder an, um zu erfahren, eine wie grosse Bedeutung dieser Behandlungsmethode der Chlorose zugeschrieben werden kann. Diese Bäder wurden am Bette des Kranken, über den ein Gerüst mit Leintüchern und Bettdecken aufgestellt wurde, vermittelst eines am Fussende sich befindenden, mit brennenden Spirituslampen versehenen Kästchens eingerichtet. Die Temperatur des ersten Bades liess er bis 44° R., selten höher steigen. Während des einstündigen Bades hatten die Patienten nur ein Hemd an, am Kopfe kalte Ueberschläge, manchmal Eisbeutel. In allen 14 Fällen wurde weder Eisen, noch Arsen oder andere Mittel angewendet und dennoch war die Besserung des Zustandes eine rasche und bleibende. Die Pulscurven bestimmte er vermittelst des *Richardson*'schen Sphygmographs, den Blutdruck vermittelst des *Basch*'schen Sphygmomanometers, den Hämoglobingehalt vermittelst des *Fleischl*'schen Apparates, das specifische Blutgewicht nach *Hammerschlag* oder *Schmalz*, die Menge der rothen und weissen Blutkörperchen vermittelst des *Thoma-Zeiss*'schen Apparates. Bei allen Kranken steigerte sich nach 20 bis 24 Bädern die Menge des Hämoglobins, der rothen Blutkörperchen und das specifische Gewicht; die Untersuchung des Blutdruckes ergab eine grössere Füllung der Blutgefässe, das Herz arbeitete kräftiger und war weniger empfindlich. Bei den Abgemagerten steigerte sich das Körpergewicht. Krankhafte Erscheinungen, wie Herz und Venengeräusche, neuralgische Schmerzen, Temperaturerhöhung schwanden; Appetit besser, Schlaf ruhiger, psychische Stimmung besser, Menstruation wurde normal und der Scheidencatarrh schwand vollkommen.

888. ***Eine Methode, um Milch für einen schwachen Magen leichter verdaulich zu machen.*** *Von S. J. Goldsmith. (Brit. med. Journ. 1893. Juli. — Med. Neuigkeiten. 1893. 29.)*

Es gibt Fälle, in welchen eine strenge Milchdiät angezeigt ist, die Milch aber von den Patienten nicht vertragen wird. So berichtet Verf. über einen Kranken, welcher Milch, selbst wenn er stündlich nur 120 Ccm. in kleinen Zügen zu sich nahm, absolut nicht vertragen konnte; jedesmal erfolgte innerhalb 24 Stunden Erbrechen und Diarrhoe. In diesem Falle versuchte Verf. die Milch mittelst eines Sodawasserapparates mit Luft zu imprägniren. Es haben auf seine Veranlassung seitdem mehrere Collegen das Verfahren geprüft und zweckentsprechend gefunden. Das Verfahren ist



folgendes: 1. Die Milch wird gekocht und eine kleine Quantität doppeltkohlensaures Natron beigefügt; sobald dieselbe abgekühlt, füllt man sie in den unteren Ballon eines Apparates zur Herstellung von kohlensaurem Wasser, wie solche für den Hausgebrauch üblich sind. 2. Man schliesst mit dem Propfen des Apparates und bringt in den oberen Ballon der Reihe nach: *a)* Acid. tartaric. in grossen Krystallen, damit die Lösung langsam erfolge; *b)* Natr. bicarb.; *c)* circa 120 Ccm. Wasser. 3. Man entfernt den Propfen und schraubt rasch das Verschlussstück des Apparates auf. Es darf keine Milch in den oberen Ballon gelangen, da sonst die Mischung von Weinstein und doppeltkohlensaurem Natron übersprudelt, in den unteren Behälter gelangt und die ganze Milch verdirbt. Die Menge der Ingredienzien richtet sich nach der Grösse des Apparates und ergibt sich aus der dem Apparat beiliegenden Gebrauchsanweisung. Der Apparat muss nach dem Gebrauch mit peinlicher Sorgfalt gereinigt werden. Verf. verwandte zu diesem Zwecke eine starke Sodalösung, mit welcher er alle Theile des Apparates auf's Sorgfältigste (den Hahn und die Röhre vermittelst einer Spritze) reinigte; sodann füllte er die beiden Ballons mit dieser Lösung und liess dieselbe einige Stunden darin. Bei sehr heisser Witterung würde sich die Milch nicht 24 Stunden in dem Sodawasserapparat halten und muss deshalb an solchen Tagen zweimal zubereitet werden; bei kühlerem Wetter bereitet man die Milch am Abend; sie hält sich den ganzen folgenden Tag. Ein Patient von Verf. hatte einen Apparat neun Monate in beständigem Gebrauch; es gelang vollkommen, die Milch mit Kohlensäure zu imprägniren, ohne dass dabei der Apparat Schaden genommen hätte. Die Milch ist einige Stunden nach dem Einfüllen zum Gebrauch fertig. Die erste Portion, welche man ablässt, ist ganz ruhig, obwohl sie mit Gas gesättigt ist; die spätere Portion kommt wie weisser Schaum heraus, wovon 60 Ccm. einer Quantität von 30 Ccm. Milch entsprechen. Die Imprägnirung mit Gas lässt sich durch gelegentliches sanftes Schütteln befördern.

889. ***Wann soll man kleinen Kindern das Trinken von Wasser erlauben?*** *Von Dr.* ***Charles G. Kerley.*** *(The med. and surg. reporter. 1893. August. — Med. Neuigkeiten. 1893. 35.)*

Es ist ein bei der Bevölkerung und selbst bei Aerzten feststehender Grundsatz, dass ein Kind vor Vollendung des ersten Lebensjahres nichts anderes als Milch oder allenfalls ein anderes flüssiges Nahrungsmittel bekommen darf. Jeder beschäftigte Kinderarzt wird jedoch Folgendes wohl erfahren haben: das mit der Flasche aufgezogene Kind wurde etwas unpässlich und hatte leichtes Fieber; es mag sich um Zustände handeln, die bei einem Kinde Durst verursachen. Die sonst ausreichende Menge Milch genügte nun nicht, das Kind schrie noch nach der Flasche und konnte nur durch eine besondere Zugabe von Milch beruhigt werden. Dieses Ueberschreiten der gewöhnlichen Nahrungsmenge dauerte ein oder zwei Tage, dann trat Diarrhoe und Erbrechen auf, als directe Folge der wiederholten Ueberladung des Magens. Das Schreien nach der Flasche war von der Mutter als erhöhtes Nahrungsbedürfniss aufgefasst worden, und da das Kind ruhig wurde, nachdem es die Flasche erhalten hatte, so wiederholte sich



der Vorgang öfters. Allein das Kind hatte gar nicht nach Nahrung verlangt, es war einfach durstig; ein paar Esslöffel voll Wasser hätten genügt und die unangenehmen, wenn nicht gefährlichen Folgen der Ueberfütterung wären vermieden worden. Verf. ist von der grossen Wohlthat, welche man kranken Kindern durch das Trinkenlassen von Wasser erweist, so überzeugt, dass er dasselbe nahezu bei jeder fieberhaften Krankheit verordnet; es ist überraschend, wie die Unruhe und verschiedene Symptome, welche man dem Schmerz und dem Fieber zuschreibt, verschwinden, wenn reichlich Wasser gereicht wird. Unter reichlich versteht Verf. 15—60 Ccm. unmittelbar nach oder zwischen den Nahrungsaufnahmen. Gibt man das Wasser unmittelbar nach der Nahrung, so ist natürlich eine kleinere Menge erforderlich. Bei Sommerdiarrhoen, Cholera infantum, ist in Folge der massenhaften wässerigen Ausleerungen der Verlust an Flüssigkeit für den Körper ein ungeheuer grosser. In solchen Fällen nehmen die kleinen Patienten das Wasser mit grosser Gier. Verf. gab Kindern von acht bis zwölf Monaten mit schwerer Diarrhoe 120—180 Ccm. Wasser alle zwei Stunden abwechselnd mit der Krankendiät, welche ebenfalls flüssig war. Manche Kinder erbrechen, wenn sie solch grosse Mengen zu sich nehmen, besonders wenn sie viel umhergetragen werden. Die Patienten sollten deshalb absolut ruhig gehalten werden. Das Erbrechen ist keineswegs schädlich, ja es kann von Nutzen sein, indem es wie eine Magenausspülung wirkt und die geronnene Milch und reizende Stoffe aus dem Magen entfernt. Lässt man das Kind nach dem Erbrechen einige Minuten ruhen und gibt dann einige Esslöffel voll Wasser, so werden dieselben fast immer behalten.

Bei gewissen Erkrankungen muss die Nahrungsmenge vermindert werden. In diesen Fällen sollte der Verlust an Masse immer durch Wasser ersetzt werden. Während der heissen Monate Juli und August wird das Brustkind leicht zu oft und zu lang angelegt, also überfüttert, indem mehr Milch gegeben wird, als nöthig wäre. Würden dem Kinde ein paar Theelöffel Wasser gegeben und das Kind wie gewöhnlich gestillt, so wäre dasselbe zufriedengestellt. Verlangt das Kind zu oft nach der Brust, so genügt etwas Wasser in der Zwischenzeit, das Kind zu beruhigen, so dass es die richtige Stunde abwartet. Auf diese Weise wird eine Ueberfütterung vermieden; dadurch, dass man das Wasser unmittelbar nach der Nahrungsaufnahme verabreicht, wird die Verdauung gefördert, indem die Milch in kleineren Flocken gerinnt, auf welche die Verdauungssäfte leichter einwirken können. Gesundheitsstörungen werden so leichter vermieden. Gibt man während der sehr heissen Zeit ein oder zweimal des Nachts etwas Wasser zu trinken, so wird damit die schädliche Gewohnheit, dem Kinde Nachts Nahrung zu reichen, vermieden, das Kind schläft behaglich und auch die Mutter kann die so nöthige Nachtruhe geniessen. Das Trinkwasser sollte man zuerst abkochen, an einem kühlen Platz wohl zugedeckt aufbewahren. Man soll dasselbe nie sehr kalt geben. Gewöhnlich gibt man es in einer Saugflasche bei einer Temperatur von 10—21° C. Manche Kinder wollen anfangs durchaus kein Wasser nehmen, wenn es kühl ist; in solchen Fällen



muss man es natürlich etwas erwärmen. Bald wird man es gewahr werden, dass die Abneigung, kleinen Kindern Wasser zu geben, wo es nöthig ist, schwindet; ein Schaden ist nicht zu befürchten.

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

890. ***Die sogenannten „conservativen Operationen" an Ovarium, Tuba und Uterus.*** *Von* ***A. Martin.*** *(Deutsche med. Wochenschr. 1893. 30.)*

Zu den „conservativen Operationen", welche bisher bei den Operateuren wenig Verbreitung gefunden, rechnet Verf. zunächst die Resection am Ovarium. Wenn bei Laparotomien, wo beispielsweise das eine Ovarium wegen Cystomen entfernt wurde, am zweiten eine kleine Anomalie gefunden wird, entfernen die meisten Operateure auch das zweite Ovarium, ohne zu bedenken, dass sie dadurch die Operirte castriren. Häufig ist es möglich, durch einfachen Einstich in eine Follikelhydropsie, durch Excision eines degenerirten Abschnittes des Ovariums, bei Erhaltung des Organes gleich sichere Heilung herbeizuführen. Verf. hat 27 Fälle in dieser Weise operirt, von diesen sind 26 genesen und nur in 2 Fällen traten Recidiven auf. Ebenso plaidirt Verf. für Resection der Tuba, Bildung eines neuen Ostiums an der atretischen Tuba, wenn die Schleimhaut der Tuba nicht geschwürig, der Inhalt nicht trübe und eiterig ist; statt die ganze Tuba mit dem Ovarium zu entfernen. Verf. hat in 40 Fällen dieses Operationsverfahren geübt; 38 der Operirten sind vollständig genesen. Die dritte von Verf. empfohlene „conservative Operation" ist die Enucleation intraparietaler Myome des Corpus uteri. Er hat in 141 Fällen mehr weniger grosse Geschwülste aus der Uteruswandung ausgeschält. Verf. verwendet keinen Constrictionsschlauch, sondern ein Assistent comprimirt, und die Blutung steht auf die noch angelegten Etagennähte. Von den Operirten sind 26 (von den letzten 20 kein Fall) gestorben, 2 Frauen concipirten nach der Operation, bei 4 trat Recidive auf. *Rochelt.*

891. ***Ueber das Fehlen der Wollustempfindung bei der Frau und seine Behandlung.*** *Von* ***Dr. Jasinski.*** *(Revue obstetr. et gyn. 1893. Februar. — Der Frauenarzt. 1893. 9.)*

Es handelt sich in dem von Verf. mitgetheilten Falle um eine 21jährige Frau, die seit $1^1/_2$ Jahren mit dem Manne ihrer Wahl verheiratet ist. Bei der ersten Berührung der äusseren Theile tritt daselbst statt sexuellen Wohlgefühls eine schmerzhafte Empfindung auf, die sich auf die Reg. hypogastr. und Foss. iliac. fortpflanzt. Dieselben Schmerzen bestehen auch noch nach dem Coitus, zugleich mit heftiger Cystalgie, so dass Patientin trotz alles Verlangens nur mit Schrecken an den Beischlaf denkt. Patientin ist, abgesehen von leichter Anämie und Nervosität, vollkommen gesund. Die inneren und äusseren Geschlechtstheile sind normal gebildet, dagegen die Bedeckungshaut und Schleimhaut der Scheide etwas cyanotisch. Die äussere Berührung und der faradische Strom rufen eine geringe Reaction hervor, während die



Bauchdecken kräftig reagiren. Verf. sucht den Grund für die erwähnte Anomalie in einer herabgesetzten Empfindlichkeit der äusseren Geschlechtstheile und wendet dagegen die Faradisation in täglichen Sitzungen von 6—10 Minuten an. Der eine Pol wird auf die äusseren Genitalien, der andere auf die Reg. epigastr. gesetzt. Ferner werden Douchen von 28° R. und Enthaltung vom Coitus empfohlen. Wie sich der Zustand bessert, vermindert man die Stärke des Stromes und die Häufigkeit der Sitzungen. Im Allgemeinen genügen 2 Wochen zur Heilung. Auch im angeführten Falle reichte diese Zeit aus. Der Coitus verläuft jetzt normal. die Farbe der Häute ist die natürliche rosige geworden und ein Rückfall nicht eingetreten.

892. ***Zur Tamponade der Scheide.*** *Von Dr. **E. Liebersohn.** (Centralbl. f. Gyn. 1893. 32. — Med. Neuigkeiten. 1893. 34.)*

Die am häufigsten in geburtshilflicher und theilweise in gynäkologischer Privatpraxis übliche Methode des Tamponirens der Vagina mit Wattetampons bietet eine ganze Reihe von Unbequemlichkeiten, die besonders am empfindlichsten da erscheinen, wo man ex improviso verfahren muss, respective wo ein unverzüglich rasches Hemmen der Blutung erheischt wird. Abgesehen davon, dass die Tamponzubereitung (erforderlichen Falles) lege artis an und für sich schon einen zuweilen kostbaren Zeitverlust erfordert, so erscheint selbst die Asepsis einer solchen Tamponade im Zusammenhange mit deren Zubereitung aus einem nicht immer tadellosen Materiale (Watte, Fäden) mehr als zweifelhaft. Die Tampons, besonders die oberen, die in unmittelbare Berührung mit dem Orificio uteri externo kommen, mit Blut durchtränkt, werden schon nach einem circa 6stündigen Verlauf übelriechend und gerathen in Fäulniss. Das Wichtigste dabei aber ist der Umstand, dass die Vagina trotz allem Bestreben meistens nicht gleichmässig ausgefüllt und ausgedehnt wird, indem die Tampons klumpenartig zusammenschrumpfen, dergestalt, dass die Blutung nur anscheinend, aber nicht völlig sistirt. Ausserdem verursacht eine derartige Tamponade bei zarten und empfindlichen Personen allzu heftige Schmerzen, die oft eine Beseitigung der Tampons benöthigen. Letztere aber erscheint besonders da am schwierigsten, wo in Folge der beträchtlichen Zahl der Tampons sich die den einzelnen entsprechenden Fäden derartig verwickeln, dass sie einen Knäuel bilden, in dem schwer zu unterscheiden ist, welche der Fäden dem letzten und folglich dem nächsten entsprechen. In solchem Falle muss also zur Kornzange gegriffen werden. Um all dieses zu vermeiden, erscheint unseres Erachtens nach die Anwendung der Tamponade in folgender abgeänderter Weise empfehlenswerth. Die betreffende Kranke wird in eine Querlage gebracht, und nach gründlicher Desinfection der Vagina und der äusseren Genitalien werden die letzteren mit einem Tuche aus Jodoformmarli in Dimension eines kleinen gewöhnlichen Taschentuches bedeckt; dann wird der obere Rand vom auf der Symphyse ruhenden Tuche mit der linken Hand festgehalten und der Zeigefinger der rechten in die Vagina oberhalb der Marli eingeführt, um eine Einstülpung zu bilden, in welche man successive kleine zusammengerollte Wattekügelchen hineinbringt, solche in der Weise ordnend, dass sie das hintere



Scheidengewölbe völlig ausfüllen, und an die Portio vaginalis sich festdrücken. Nach Beendigung einer derartigen Tamponade werden die Enden vom Jodoformmarlituche, welches in der Vagina einen Blindsack bildet, eins nach dem anderen kreuzförmig in den Introitus eingedrückt. Ein solcher Tampon übt, ausser seiner vollständigen Asepsis und der Möglichkeit, längere Zeit in der Vagina zu verbleiben (mehr als 12 Stunden) ohne jeden Nachtheil für die Kranke, einen gleichmässigen und unempfindlichen Druck auf die umgebenden Theile aus, hemmt rasch die Blutung und kann leicht erforderlichen Falles beseitigt werden. Diese Art des Tamponirens unterscheidet sich von der von *Schöller* proponirten sogenannten classischen Methode der Tamponade nebst Compression durch grössere Einfachheit und raschere Bewerkstelligung ohne jedwede instrumentale Hilfe (Speculum, Kornzange).

893. ***Eine schwere Schussverletzung des Gesichts.*** *Von Dr. A. Buschke. Vortrag nebst Demonstration im ärztlichen Verein in Greifswald. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 27. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 75.)*

Ein 20jähriger Försterssohn versuchte durch einen Schrotschuss unter das Kinn seinem Leben ein Ende zu machen. Durch die eingedrungene Ladung war eine enorme Zerstörung angerichtet worden. Am Tage nach der That zeigte sich nach Entfernung der Verbandstücke an Stelle des Gesichts nur ein Gemengsel von Blutgerinnseln, Fleischfetzen etc., aus denen erkennbar nur das rechte Auge hervorsah. Nachdem die oberflächlichen Verunreinigungen entfernt waren, ergab sich, dass von dem Gesicht intact war die Stirngegend, die Gegend des rechten Auges, des rechten Jochbeins und der rechten Nasenhälfte. Alles Uebrige war verwandelt in ein Convolut regellos umherhängender Fleischlappen, denen hier und da Knochenreste mit Zahntrümmern anhafteten. Nachdem die stinkenden Massen aus der Mund- und Nasenhöhle entfernt waren, zeigte sich, dass die Ober- und Unterlippe links abgerissen waren, wo sie in die Wange übergehen. Vom Unterkiefer war das Mittelstück herausgerissen und als solches erkennbar nicht mehr zu finden. Der Mundboden war zerrissen, die Zungenspitze zerfetzt, im Uebrigen die Zunge erhalten. Vom Oberkiefer war der dem Os intermaxillare entsprechende Theil mit einem Theil des harten Gaumens zerstört, ebenso der Stirnfortsatz des Oberkiefers zum grössten Theile, die untere und mittlere linke Nasenmuschel, das knorpelige Nasenseptum, ein Theil des knöchernen Septums, das linke Nasenbein. Die Highmorshöhle links lag breit offen, die Nasenhöhle communicirte mit der Mundhöhle. Die linke Orbita war unverletzt geblieben, das Auge schien intact, nur die Augenlider waren stark geschwollen und hämorrhagisch infiltrirt. Der linke Nasenhügel war gerade in der Nasenfurche abgerissen und nach rechts umgeklappt. Der Patient war bei Bewusstsein und verlangte zu trinken. Nach Reinigung der Wunde wurden die Wundlappen mit Jodoformgaze und kleinen feuchten Compressen bedeckt, welche täglich mehrmals erneuert wurden; die Ernährung des Patienten erfolgte mittelst Schlundsonde. In den ersteren Tagen traten leichte Fiebersteigerungen auf, die jedoch 38·2 nicht überschritten. Nach circa 8 Tagen begannen die Wundflächen sich zu





reinigen und nach 14 Tagen war der Wundbefund so, dass man an einen plastischen Verschluss, wenigstens der Weichtheildefecte, schreiten konnte, und zwar wurde ohne Narcose operirt. Zuerst wurde die Ober- und Unterlippe wieder an ihre linke Ansatzstelle angenäht, was wegen der Spannung viele Mühe verursachte. Dann gelang es leichter, den Nasenflügel anzunähen und die anderen unregelmässigen Weichtheilrisse in der linken Wange durch Nähte zu schliessen. Das grosse Loch im Mundboden wurde nicht völlig geschlossen, sondern eine circa markstückgrosse Oeffnung gelassen, welche dem Abfluss der Wundsecrete dienen sollte. In diese Oeffnung wurde ein Jodoformgazestreifen eingeführt, welcher gleichzeitig die Zunge etwas nach oben drückte. In die Nasenöffnungen wurden mit Jodoformgaze umwickelte Drainröhren gesteckt. Unter feuchtem Verbande war nach circa 10 Tagen Alles bis auf einzelne kleine Granulationsstellen geheilt. Trotzdem der Ansatz der Kieferöffner durch die Zertrümmerung des Unterkiefermittelstückes verloren gegangen war, konnte Patient doch jetzt schon den Mund activ etwas öffnen und im weiteren Verlaufe gelang dies immer mehr. Die Unterkieferenden rückten einander immer näher, bis sie sich schliesslich berührten. Das linke Auge hat seine normale Sehkraft behalten. Bei der Entlassung, 2 Monate nach der Verwundung, war das Loch am Mundboden völlig geschlossen, die Zunge stand im Niveau der Zahnreihe des Unterkiefers. Patient konnte sich leidlich verständlich machen. Als er sich am 1. Mai wieder vorstellte, hatte das Aussehen des Gesichtes sich bedeutend gebessert, die Sprache war sehr deutlich.

894. ***Ueber Desinfection septischer Wunden.*** *Von Dr.* ***Schimmelbusch****, Berlin. Vortrag am XXII. Congr. d. deutschen Gesellsch. f. Chir. (Centralbl. f. Chir. Beilage, 1893.)*

So zahlreich wie die Untersuchungen auch sind, welche die keimtödtende Kraft einer grossen Reihe sogenannter Antiseptica festgestellt haben, so fehlt doch bis jetzt der Beweis, dass die Mittel im Stande sind, auch auf der inficirten Wunde die Infectionserreger zu vernichten und die Infection damit aufzuhalten, respective zu beseitigen. Die Desinfectionsexperimente haben sich bisher immer an inficirte todte Objecte gehalten und die Wunde selbst als Object vermieden. Und doch ist nur der Versuch an der Wunde für die Beantwortung der Frage, ob eine Wunddesinfection auszuführen sei, zu gebrauchen. Es ist auch leicht auszuführen, wenigstens in Bezug auf die septische Wundinfection; denn man hat ja weiter nichts zu thun, als bei einem Thiere Wunden anzulegen, dieselben mit dem infectiösen Material in Berührung zu bringen, dann die antiseptische Berieselung etc. folgen zu lassen und abzuwarten, ob das Thier am Leben und gesund bleibt oder nicht. Verf. hat in dieser Richtung an Kaninchen und Mäusen experimentirt, bei ersteren mit einer für sie sehr virulenten Streptococcenspecies, bei letzteren mit Milzbrand. Die Ergebnisse dieser Versuche lassen sich dahin zusammenfassen, dass es in keinem Falle gelungen ist, eine derartig inficirte Wunde zu desinficiren, obwohl unmittelbar nach der Infection die Application des Antisepticums erfolgte. Als Antiseptica wurden dabei nicht blos Sublimat, Carbol, Lysol, Thonerde, Chlorzink etc., sondern Aetzmittel, wie Kalilauge, Sal-



petersäure und Essigsäure, verwandt. Alle Thiere sind an Milzbrand, respective an Streptococcensepsis gestorben. Die Ursache dieser Misserfolge liegt zum grossen Theil an der äusserst schnellen Resorption des Virus von der Wunde aus. Impft man z. B. Mäuse mit Milzbrand am Schwanzende und amputirt nach einiger Zeit 2—3 Cm. oberhalb an der Schwanzwurzel, so ist, wenn zwischen Impfung und Amputation mehr als 10 Minuten verstrichen sind, das Thier dadurch von der Milzbranderkrankung nicht mehr zu retten. Es ist daher wahrscheinlich, dass die Mikroorganismen sehr schnell in die Gewebsinterstitien gelangen und dem Einfluss des Desinfectionsmittels dadurch entzogen werden.

895. ***Ueber die Behandlung von Schenkelhalsfracturen im Stehbett.*** *Von Dr.* ***Messner.*** *(Arch. f. klin. Chir. Bd. XLVI. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 10.)*

Zur Vermeidung des Uebelstandes, dass die mit Schenkelhalsfracturen in Extension liegenden Patienten die lange Zeit bis zur Heilung in horizontaler Rückenlage zubringen, was bei den meist älteren Individuen wegen complicirender, aus Hypostase hervorgehender Processe der Lungen keineswegs gleichgiltig ist, ist Verf. auf den Gedanken gekommen, diese Patienten, die häufig genug dem Lungenprocesse erliegen, nicht in horizontaler, sondern in einer zur horizontalen mehr oder weniger geneigten Ebene, die sich unter Umständen mehr der verticalen nähert, zu extendiren. Das Bett ist zu diesem Zwecke derart construirt, dass die Matratze in einem Heberahmen derart um eine Achse drehbar ist, dass ihr Kopfende in die Höhe gebracht werden kann, so dass die Ebene der Bettfläche in grössere oder geringere Neigung zur horizontalen gebracht werden kann. Damit der Kranke bei aufrechtem Stande des Bettes nicht nach abwärts gleite, reitet er auf einem sattelförmigen Pflock, während er gleichzeitig sich mit dem gesunden Fusse auf ein am Fussende des Heberahmens angebrachtes verstellbares Trittbrett stützt. Für das kranke Bein ist eine Rolle zur Gewichtsextension vorhanden. Da an das Kopfende des Bettes auch ganz zweckmässig zur Gewichtsextension am Kopfe eine *Glisson*'sche Schlinge angebracht werden kann, so eignet sich dieses Bett auch sehr zweckmässig zur Extensionsbehandlung bei Erkrankungen der Hals- und Brustwirbelsäule, bei welcher die Kranken bei fortdauernder Extension auf einfache Weise aus der Horizontalen in eine geneigte Ebene gebracht werden können. Mehrere der Arbeit beigegebene Illustrationen erläutern den Gebrauch dieses Bettes.

896. ***Ueber die Transplantation grosser ungestielter Hautlappen.*** *Von Prof.* ***F. Krause,*** *Altona. (Arch. f. klin. Chir. Bd. XLVI. 1. — Schmidt's Jahrb. 1893. 9.)*

Bei grossen Hautverlusten an den Gliedmassen, bei denen sich die Transplantationen nach *Thiersch* nicht immer als ausreichend erweisen, hat man bisher nach dem Vorgange von *Maas* und *Wagner*, um Amputationen zu vermeiden, die Haut durch grosse gestielte Lappen ersetzt, indem man diese für den Arm dem Rumpfe, für den Unterschenkel und Fuss dem anderen Beine entnahm und damit den Defect überhäutete. Um den bei dieser Methode unumgänglichen Unannehmlichkeiten zu entgehen, hat Verf. seit 2 Jahren derartige Defecte durch ungestielte Hautlappen aus der ganzen





Dicke der Cutis (ohne Unterhautfettgewebe) ersetzt. Die günstigen Erfolge haben Verf. weiter veranlasst, das Verfahren auch bei alten, sehr grossen Unterschenkelgeschwüren, die immer wieder aufbrachen, ferner zu plastischen Operationen im Gesicht zu verwenden, hier namentlich dann, wenn es sich nach der Exstirpation schwer lupös erkrankter oder krebsiger Abschnitte der Gesichtshaut um die Deckung der entstandenen Defecte handelte. Bei Anwendung bestimmter Vorsichtsmassregeln heilen die abgetrennten Hautlappen mit grosser Sicherheit an. Auf die Grösse der ausgeschnittenen Hautstücke kommt nichts an. Die Hauptsache ist, dass man völlig aseptisch verfährt, trocken operirt und die Blutung an dem durch die Transplantation zu deckenden Körpertheile ganz genau durch Compression stillt. Der Boden, auf dem transplantirt werden soll, muss entweder eine frische Wunde sein oder in eine solche verwandelt werden. Die Lappen durch die Naht an die umgebenden Theile zu befestigen, ist an den Gliedmassen niemals nöthig. Der antiseptische Compressionsverband wird das erste Mal nach 3—4 Tagen gewechselt. Die Hautlappen heilen gleich gut an, mag man sie auf Muskel, Fascie, Bindegewebe, Periost, Dura mater oder unmittelbar auf den abgemeisselten Knochen verpflanzen. Bis zur Vollendung der Heilung vergehen je nach der Beschaffenheit des Untergrundes und der davon abhängigen Ernährung der Lappen und wohl auch je nach dem Alter der Kranken 3 bis 6 Wochen, selten längere Zeit. Die Empfindung stellt sich nur sehr langsam wieder her.

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

897. ***Das Formanilid als Anästheticum bei Rachen- und Kehlkopferkrankungen.*** *Von Dr. **Isidor Preisach**, Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 36.)*

Das Formanilid kam in 19 Fällen 150mal in Gebrauch: 3mal bei Perichondritis arytaenoidea et epiglottica, 12mal bei Perichondritis arytaenoidea (Abc.) und 4mal bei Epiglottis catarrh. acuta; jedesmal waren starke, in's Ohr ausstrahlende Schmerzen und Schlingbeschwerden zugegen. Nach 5—15 Minuten langem, brennend-beissendem Gefühl stellte sich auf eine 50%ige Einblasung (Amylum tritici) totale Schlinganalgesie ein, die selten nur 2—3 Stunden, zumeist 8—16 Stunden anhielt. Bei 3 Patienten blieb die prompte Wirkung aus. wahrscheinlich dürfte in diesen Fällen die grössere Schwellung der Schleimhaut der Giessbeckenknorpel die Ursache sein. Das Formanilid in 30—50%iger Alkohollösung war sehr gut zum Zwecke der laryngoskopischen Untersuchung bei hyperästhetischem Rachen verwerthbar. Anästhesirungsversuche im Larynx behufs operativer Eingriffe wurden mit dieser Lösung nicht unternommen. Einblasungen erwiesen sich als ungenügend. Auch bei Tonsillitis follicularis parenchymatosa, bei den acuten und chronischen Formen der Pharyngitis leistete das Formanilid (2%ige Solution) treffliche Dienste. Nebenerscheinungen kamen in 3 Fällen vor: In einem Falle Herzklopfen und Oppressionsgefühl, einige Secunden anhaltend; in einem anderen Falle, wo

eine 2%ige wässerige Lösung 5 Tage hindurch als Gargarisma benutzt wurde, in Begleitung eines geringen Herzklopfens Cyanose der Finger und Lippen; in einem dritten Falle endlich zeigte sich eine locale Nebenwirkung des Formanilids an den Tonsillen der Uvula und den Nachbartheilen, wohin die 50%ige Mischung gelangte, in Form weisser Beläge, die den Lapisbelägen ganz gleich und nach 24 Stunden verschwunden waren. Die Geringfügigkeit dieser seltenen Nebensymptome dürfte wohl kaum als Contraindication gelten.

898. ***Lipothymia laryngea.*** *Von Dr. **E. Kurz.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 20. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 36.)*

Mit Lipothymia laryngea bezeichnet Verf. die plötzlich eintretenden Ohnmachtsanfälle bei Kehlkopfaffectionen, wie sie in den letzten Jahren öfters beobachtet und unter dem Namen „Kehlkopfschwindel" beschrieben worden sind. Indess ist diese letztere Benennung unzutreffend, da es sich hierbei, wie Verf. an der Hand der Literatur und eines selbst beobachteten Falles nachweist, um einen ganz plötzlich eintretenden Bewusstseinsverlust mit sofortigem Zusammenstürzen handelt. Auch treten keine Krämpfe, keine Cyanose auf, sondern das Gesicht ist blass, der Gesichtsausdruck ruhig, die Glieder schlaff, nach kurzer Zeit kommen die Kranken ohne Erinnerung an das Vorangegangene wieder zu sich. Darum sind diese Anfälle auch nicht auf Glottiskrampf, wie einige Autoren wollen, zurückzuführen. Vielmehr sind sie nach der Meinung des Verf. als Reflexneurosen anzusehen, welche derart zu Stande kommen, dass durch einen vom N. laryng. sup. ausgehenden und durch die depressorischen Fasern des Vagus auf das vasomotorische Centrum in der Med. oblong., wie auch auf das Hemmungscentrum fortgeleiteten Reiz der Blutdruck sinkt und der Herzschlag abnimmt. Dass diese Reflexerscheinung trotz der grossen Häufigkeit von Kehlkopfaffectionen aller Art so selten ist, kommt daher, dass zu ihrem Zustandekommen eine reflexneurotische Disposition nothwendig ist, wie sie sich vorwiegend bei der romanischen Rasse findet. Daher kann es nicht Wunder nehmen, dass die Kehlkopfohnmacht bisher nur bei Angehörigen dieser Rasse beobachtet worden ist.

899. ***Ueber die Anwendung des Formaldehyds als oculares Antisepticum.*** *Von Dr. **Valude.** (Arch. d'ophthalm. 1893. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 10.)*

Das Formol oder Formaldehyd ist eine sehr diffusible Substanz, es coagulirt nicht Eiweiss und ist nicht oder doch kaum toxisch, da man gefahrlos eine gewisse Quantität trinken kann; es zersetzt sich auch nicht bei Lichtzutritt selbst in einer unverschlossenen Flasche. Die aseptischen Eigenschaften dieser Substanz sind sehr bemerkenswerth; in der sehr geringen Dose von 0·016 Grm. auf den Liter verhindert es bereits das Wachsen der Culturen in Fleischbouillon und die einfachen Dämpfe, die der unverschlossenen Flasche oder einem Glase entsteigen, verhindern die Fäule des Fleisches selbst durch mehrere Wochen. Eigenthümlich ist, dass dieser Körper viel geringere mikrobicide Eigenschaften besitzt, als das Sublimat. So z. B. vernichtet bei gleicher Dose das Sublimat in einer Minute Bacterien, welche dem Formaldehyd viel



längeren Widerstand leisten. Die Wirkung dieser beiden Körper ist eben ganz verschieden, sie sind nicht zu vergleichen, sondern jeder in seiner Weise zu benützen. Das Sublimat ist ein sofort wirkendes Antisepticum, dessen Wirkung aber auch sofort aufhört, das Formaldehyd hat Dauerwirkung. Auf die Conjunctiva gebracht, bewirkte Formol in 16 Fällen 14mal Asepsis und Sublimat nur 8mal. Mit Formol hat Verf. in purulenten Conjunctividen in 1%iger Lösung durch einfache Instillation sehr günstige Erfolge gehabt, ebenso gelang es, Infectionen nach operativen Eingriffen aufzuhalten, dort wo bereits eine veritable Panophthalmie drohte. Auch bei der Behandlung der Blennorrhoea neonatorum leistet es gute Dienste. Einen weiteren Vortheil zieht man aus dem Formol, indem man es zur Sterilisirung der Augenwässer benützt. Eserin, Atropin etc. blieben, mit Formol versetzt, durch länger als einen Monat ganz keimfrei. Man verwendet dann das Formaldehyd in einer Lösung von 1:2000. Weiters greift das Formol Metall nicht an, man kann es daher als Bad für die Instrumente benützen, schliesslich reizt das Mittel das Auge nicht.

900. ***Zwei auf chemischem Wege geheilte Fälle atypischer Kalkpräcipitationen in der Hornhaut.*** *Von **A. Birnbacher**, Graz. (Klin. Monatsbl. f. Augenhk. 1893. Juni. XXXI. — Schmidt's Jahrb. 1893. 9.)*

Bei der einen Kranken (60 Jahre alt) war fast die ganze Hornhaut weiss, bei dem anderen Kranken (81 Jahre alt) waren nur einzelne weisse Stellen in der Hornhaut. Bei beiden war das Hornhautepithel rein, nur bei dem zweiten Kranken fester aufsitzend. Da nach einer Probeabtragung es sich zeigte, dass die Einlagerung aus phosphorsaurem Kalk bestand, wurde nach Cocaineinträuflung das Hornhautepithel abgepinselt, eine 5%ige HCl-Lösung über die Kalkschicht gestrichen und mit 5%igem kohlensauren Natron neutralisirt. In beiden Fällen hellte sich unter dem Verband die Hornhaut ganz auf. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die Kalkeinlagerung sich ausschliesslich auf die *Bowman*'sche Membran und die vordersten Hornhautlamellen beschränkte. Die Ursache der Erkrankung glaubt Verf. im grösseren Kalkgehalt des Blutes im Alter wegen Resorption der Knochen und in localen circulatorischen Störungen suchen zu müssen.

---

# Dermatologie und Syphilis.

901. ***Nephritis nach einer Injection von Hydrargyrum salicylicum.*** *Von Prof. **G. Lewin**. Nach dem Vortrag im Verein für innere Medicin. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 38.)*

Einer Kranken mit pustulösem syphilitischen Exanthem wurde 1 Dgrm. Quecksilbersalicylat injicirt. Schon am anderen Tage trat eine Stomatitis auf, die sich rasch derartig verschlimmerte, dass ein grosses Geschwür an der linken Wangenschleimhaut und an der Zunge entstand. Zwei Tage darauf Temperaturerhöhung auf 40°, Puls von 96, Kopfschmerzen, Angstgefühl, Schlaflosigkeit und grosse Schwäche. Der Urin, in 24 Stunden nur in einer Quantität von 200 gelassen, zeigt specifisches Gewicht 118, saure



Reaction und viel Albumen. Gleichzeitig enthielt er eine Anzahl hyaliner Cylinder, weisse Blutkörperchen, körnigen Detritus, einige Epithelien von Harncanälchen und nach einigen Tagen auch Fetttröpfchen. Das Fieber fiel die folgenden Tage schon auf 38 und am 11. Tage bis 36°. Das Albumen hielt 11 Tage an, dann verminderte es sich allmälig, bis es vollständig verschwand. Die Stomatitis blieb 22 Tage bestehen. Die Schwäche der Kranken nahm so zu, dass man Collaps fürchten musste. Demgemäss nimmt Verf. eine Nephritis durch das unlösliche Quecksilbersalz an. In der Symptomengruppe fällt vor Allem die hohe Fiebercurve auf. Ein Fieber bis zu dieser Höhe tritt bei Nephritis höchst selten, und zwar nur bei Scarlatina oder als unmittelbarer Vorgänger von urämischen Convulsionen auf; möglicherweise war es aber durch einen auf der Brust sitzenden Abscess, mit dem die Kranke ankam, veranlasst, denn nach Oeffnung desselben fiel das Fieber. Hydropische Erscheinungen traten ganz zurück, nur im Gesicht zeigte sich eine geringe Schwellung. Vermisst wurden Erscheinungen von Seiten der Darmschleimhaut, obwohl toxische Quecksilberwirkung Colitis erzeugt. Was das Eiweiss betrifft, so hat man früher geglaubt, dass öfters bei Quecksilberwirkung sich Eiweiss im Urin zeigt. Verf. kann dies nicht bestätigen. Er hat des Experiments wegen sehr grosse Dosen von Sublimat eingespritzt, es entstanden gefahrdrohende Erscheinungen, auffallender Collaps, starke Diarrhoen, die ziemlich rasch durch Opium geheilt wurden, doch Albumen hat er bei diesen Kranken nicht constatirt. Dasselbe gilt vom Zucker, Verf. hat solchen im Harn nach Quecksilber nie gefunden. Der vorgeführte Fall zeigt die Gefahr der Injection von unlöslichen Quecksilberpräparaten. Der Organismus bei der Kranken hat nicht dem Commando des Arztes entsprochen, täglich nur einen Theil des injicirten Mittels zu resorbiren, sondern hat einen grösseren Theil, eine toxische Dosis aufgenommen. —*r.*

902. ***Eine vereinfachte Form der Inunctionscur.*** *Von Dr. **Edmund Stern**, Mannheim. (Therap. Monatsh. 1893. August.)*

Als grösster Vorzug der subcutanen Injectionen unlöslicher Quecksilbersalze gegenüber der alten Schmiercur wird vor Allem die Bequemlichkeit angeführt. Vier oder fünf Injectionen an Stelle von 20 oder 30 Einreibungen: das klingt allerdings sehr einleuchtend und hat auch wesentlich zur Popularisirung dieser wider alles Erwarten beliebt gewordenen Methode beigetragen. Trotz alledem bleibt die Schmiercur vermöge ihrer rasch durchdringenden Wirkung, Schmerzlosigkeit und Ungefährlichkeit der Application nach wie vor die beste aller Methoden, sie gestattet sogar auch, die Bequemlichkeit der unlöslichen Injectionen nachzuahmen: Man lässt alle 8—10 Tage 10 Grm. grauer Salbe auf einmal zerreiben, mit entsprechender Vertheilung auf die üblichen Einreibungsstellen. Mit 5—6 solcher Inunctionen erzielt man denselben Effect wie mit Injectionen oder gewöhnlichen Einreibungen. Bei genügender Pflege tritt Stomatitis von Quecksilber ein d. h. Leute mit intactem Gebiss bekommen sie gewöhnlich nicht, und Mundhöhlen mit cariösen, unsauber gehaltenen Zähnen, hyperämischem Zahnfleisch und profuser Speichelabsonderung werden fast immer be-

fallen, auch bei minimen Quantitäten Quecksilber. Verf. empfiehlt diese von ihm bewährt gefundene Methode Kranken, deren häusliche Verhältnisse die Vornahme einer regulären Schmiercur nicht ermöglichen.

903. ***Ueber Gonorrhoe bei kleinen Mädchen.*** *Von Dr.* ***Cassel****, Berlin. (Berl. klin. Wochenschr. 1893. 29.)*

Der gonorrhoische Ursprung einer Vulvovaginitis purulenta der Kinder wird von vielen Kinderärzten noch nicht zugegeben. Es ist in einem Secret der Gonococcus Neisser nachgewiesen worden. wodurch die gonorrhoische Natur der betreffenden Affection sicher erwiesen ist. Verf. beobachtete 30 Fälle, von denen 24 zweifellos an Gonorrhoe litten, während die übrigen 6 den Gonococcus vermissen liessen. Er ist der Ansicht, dass der Tripper nur in seltenen Fällen durch ein Stuprum übertragen ist, sondern dass die Uebertragung meist durch gemeinsame Benutzung von Betten. Wäschestücken, Nachtgeschirren etc. durch die Mütter oder Väter stattgefunden hat. Bei allen 24 Mädchen bestand Ausfluss eines dicken, rahmigen, grünlich-gelben Eiters. Die Haut der Schenkel war häufig durch den Eiter erodirt. Von Complicationen wurde eine Conjunctivitis gonorrhoica beobachtet. Die vom Verf. geübte Therapie war folgende: Zunächst mussten die erkrankten Kinder nach Möglichkeit eigenes Bett, eigene Wäsche, eigenes Nachtgeschirr etc. benützen. Sie mussten verhindert werden, ihre eigenen Augen mit dem Eiter zu inficiren. Für die Localbehandlung ist häufige Reinigung der Genitalien durch Waschen oder durch Bäder erste Bedingung. Ausserdem empfiehlt es sich, mit sogenannten Ohrengummiballons Scheideninjectionen vorzunehmen, die ausgeführt werden, indem die Kinder mit weitgespreizten Oberschenkeln und erhöhtem Becken gelagert werden. Vor der Einspritzung müssen die Vulva und Vagina mit warmem Wasser gereinigt, respective ausgespritzt werden. Injicirt wird am besten Sublimat 1:2000. 3mal täglich bis zum Nachlass der profusen Eiterung, dann Argent. nitric. 1—1·5% 2—3mal wöchentlich (das der Arzt selbst einspritzt). Eine besondere Behandlung der Urethra braucht nicht eingeleitet zu werden.

904. ***Die syphilitische Perforation des Gaumensegels.*** *Von Prof.* ***Duplay****. (L'Union méd. 1892. December. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 77).*

Verf. hält die Anschauung, dass die Perforation des Gaumensegels eine Folgeerscheinung eines Gumma der Gaumenschleimhaut sei, für eine irrige. Trotz der relativen Häufigkeit der Gaumensegelperforation haben exacte Beobachter noch nicht die primäre Gummageschwulst entdeckt. Wahrscheinlich ist der Vorgang folgender: Im Anschluss an eine syphilitische Coryza entsteht eine gummöse Periostitis des Nasenbodens. Eine Prädilectionsstelle ist die Synarthrose der beiden Oberkieferknochen und des Vomers. Durch einen der Knochencanäle wird die Affection gewissermassen auf die entgegengesetzte Seite des Knochens, d. h. auf den Gaumenfortsatz des Oberkiefers, fortgeleitet. Auch hier entsteht eine gummöse Periostitis. Die Folge dieser periostalen Affectionen an beiden Seiten des Knochens ist eine locale Sequesterbildung. Nach Ausstossung des Sequesters ist die Perforation fertig. Dieser

theoretischen Auffassung entsprechend räth Verf. gewissermassen prophylactisch der syphilitischen Coryza grosse Aufmerksamkeit zu schenken und dieselbe local mit antiseptischen Waschungen, allgemein mit Jodkali, in hartnäckigen Fällen combinirt mit Hydrargyrum, zu behandeln. Ist eine Perforation einmal zu Stande gekommen, so ist der Verschluss durch einen künstlich angefertigten Obturator oder durch von den Kranken selbst ersonnene Vorrichtungen (Einführung von Brotkrume etc.) unzweckmässig. Rationell ist nur die Operation, bestehend in der Bildung circulärer Lappen aus der Gaumenschleimhaut und Vereinigung derselben durch Naht über dem Defect. Eine etwa noch bestehende Coryza ist sorgfältig zu behandeln.

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

905. ***Untersuchungen über den Sitz der reinen Wortblindheit.*** *Von **Déjérine** und **Violet**. Vortrag in der Société de Biologie zu Paris. August 1893. (Deutsche Med.-Ztg. 1893. 75.)*

Die beiden Formen der Wortblindheit haben verschiedene Localisationen. Bei der ersten Form mit Sprachstörungen und Agraphie sitzt die Läsion an der Plica curvata, während bei der zweiten Form mit Integrität der Sprache wie der Schrift die Läsion ausserhalb der Sprachzone liegt und diese letztere vom Rindensehcentrum trennt. Welche Associationsfasern werden nun bei der reinen Wortblindheit zerstört? In dem vorliegenden Falle waren folgende Symptome: Wortblindheit mit Hemianopsie, Integrität der Sprache, des spontanen und Dictatschreibens, Schwierigkeit beim Abschreiben. Bei der Autopsie fand man einen Erweichungsherd an der Spitze des Occipitallappens und an den Lobuli lingualis und fusiformis. An den Serienschnitten fand man ferner ausser diesen Rindenläsionen, die sich auf die Hemianopsie beziehen, eine Zerstörung der unteren Partie des unteren Längsbündels. Man bezeichnet damit ein grosses Associationsbündel, das an der Spitze und den Windungen der inneren unteren Seite des Occipitallappens seinen Anfang nimmt und zum grossen Theil im Lobus temporalis endet, indem es so das Rindensehcentrum mit der Sprachzone in Verbindung setzt. In der Läsion dieses Bündels liegt nach Ansicht der Verff. die Erklärung der geschilderten Störungen. In der unteren Partie des *Burdach*'schen Längsbündels liegen demnach physiologisch differenzirte Fasern, die bestimmt sind, die Gesichtseindrücke auf das Sprachcentrum zu übertragen. *Violet* schlägt vor, das Bündel: Fasciculus transversus lobuli lingualis zu nennen.

906. ***Ueber die künstliche Darstellung Curschmann'scher Spiralen.*** *Von **W. Gerlach**, Dorpat. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. L. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 38.)*

Beim Bronchialcroup und bei einem Stauungscatarrhe in Folge von Herzschwäche fand Verf. Spiralen, deren Enden nicht abgerissen oder sonst scharf abgegrenzt, sondern pinselförmig aufgefasert waren. *Curschmann* sah und beschrieb letzteres Vorkomm-



niss nur an den Centralfäden. Verf. vergleicht die Spirale mit einer durch Wirbelwind entstandenen Wasserhose und weist nach, dass sie auch ähnlich gebildet wird, nämlich durch Achsendrehung einer langgezogenen Schleimflocke. Er konnte auch aus Flocken. die dem Aussehen nach lange, in Schleimfäden eingeschlossene Zellen vermuthen liessen, durch Achsendrehung künstlich *Curschmann*'sche Spiralen erzeugen. Es gelang ihm auch aus anderen Sputis Spiralen zu erzeugen, wobei sich herausstelle, dass der Achsencylinder kein selbstständiges Gebilde ist, sondern eine Verbackung einzelner axial gelegener Sputumbestandtheile bei fortgesetzter Drehung darstellt. Er spricht deshalb den Spiralen jede Specificität ab, erklärt, dass Spiralen und ihre Centralfäden desselben Ursprungs seien, dass die Centralfäden nicht selbstständiges Gebilde darstellen, und dass die Spiralen — weil erst nachträglich durch Achsendrehungen dem Bronchiolenlumen entsprechend — nicht in diesen entstehen können. Die meisten Spiralen können nur in den mittleren und gröberen Bronchien entstehen, weil das Sputum vorerst beweglich sein muss, um derartige Formen zu bilden. In 3 Punkten ist nach Verf. das Erscheinen der Spiralen von einer gewissen klinischen Bedeutung: 1. zeigen sie an, dass das Bronchialsecret zähe und spärlich ist; 2. sehr starke, bis dyspnoische Athembewegungen; 3. unbehinderte Wegsamkeit der Respirationsorgane.

907. ***Ueber den Stoffwechsel bei Entfettungscuren.*** *Von Dr.* ***Dapper****, Kissingen. Aus der II. med. Klinik in Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXXIII. Heft 1 u. 2. Münchener med. Wochenschr. 1893. 37.)*

Verf. hat durch exacte, an sich selbst angestellte Versuche den Nachweis erbracht, dass bei Entfettungscuren das therapeutische Ziel: starker Fettverlust bei Schonung des Eiweissbestandes erreichbar ist — in seinem Falle durch Verabreichung hoher Eiweissgaben, mittlerer Fett- und sehr geringer Kohlenhydratmengen. Des Weiteren hat sich aber ergeben, dass man a priori auf ein so günstiges Ergebniss mit Sicherheit nicht rechnen darf, dass vielmehr durch unbekannte Factoren bedingte Verschiedenheiten schon bei der gleichen Person auftreten können, die noch grösser werden können, wenn noch die individuelle Verschiedenheit hinzukommt. Es kann also ein Patient nur dann mit Sicherheit vor starken Fleischverlusten bewahrt werden, wenn während der Entfettung sein Eiweissumsatz von Zeit zu Zeit geprüft und seine N-Ausfuhr mit der N-Aufnahme verglichen wird. Der Arbeit eingefügt ist ein Abschnitt über die Berechnung des Stoff- und Kraftwechsels, in dem die Möglichkeit detaillirter, ziffernmässiger Angaben über Gewichts-, Fleisch-, Fett- und Wasserbilanz des Körpers nachgewiesen wird.

908. ***Manometrische Druckbestimmungen an einer äusseren Lungenfistel des Menschen.*** *Von Prof.* ***Eichhorst****, Zürich. (Virchow's Archiv. 1893. CXXXII, 2, pag. 326. — Schmidt's Jahrb. 1893. 9.)*

Von den selten vorkommenden ulcerativ entstandenen Lungenhautfisteln hat Verf. im Ganzen zwei beobachtet. Der zweite Fall war besonders dadurch ausgezeichnet, dass die Fistel eine Art



Ventilvorrichtung besass, welche zwar der Luft bei der Exspiration den Austritt, nicht aber umgekehrt bei der Inspiration den Eintritt gestattete. Bei Hustenstössen entwich die Luft unter einem pfeifenden Geräusch, spärliches, bräunlich-rothes Secret in Blasen vor sich her wölbend. Dass in der That eine Art Ventileinrichtung bestand, wurde einerseits so nachgewiesen, dass der nach einer starken Exspiration fest aufgelegte Daumen bei der Inspiration nicht angesogen wurde; wurde dann während eines kräftigen Hustenstosses der Daumen plötzlich entfernt, so wurde sofort wieder Luft nach aussen gepresst, sie stammte also thatsächlich aus der Lunge. Zweitens stieg ein gut eingedichtetes Quecksilbermanometer bei Hustenstössen beträchtlich (bis zu 50 Mm. Hg) und die Säule bewahrte unverändert ihren höchsten Stand, bis die Dichtung der Canüle entfernt wurde. Die Werthe, welche mit Hilfe eines in ein Nasenloch gesteckten *Waldenburg*'schen Pneumatometers erhalten wurden, waren beträchtlich höher. Verf. erklärt dies daraus, dass innerhalb der Fistel auch bei der Exspiration erst gewisse Hindernisse überwunden werden mussten.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

909. ***Zur Beleuchtung des Schlachtfeldes.*** *Von Dr. Mendini. (Giornale med. del R. esercito e della R. marina. 1892. Juni. — Deutsche militärärztl. Ztg. 1892. Heft 12.)*

18. April 1892, von 8—10 Uhr Abends, Versuch vor der Porta Salaria bei Rom, bei ungünstigem Wetter (starker Regen, mässiger Wind), schwierigem Gelände. — Der Apparat (Beleuchtungskörper) wurde auf einem Bataillonskarren geführt und von 3 Pionnieren bedient. Vorher hatten sich 20 kriegsmässig ausgerüstete Mannschaften in der Umgebung zerstreut, von denen 10 mit rothen Diagnosentäfelchen Leichtverwundete, 10 mit weissen Diagnosentäfelchen Schwerverwundete darstellten; die Ersteren sollten auf das Licht langsam zukommen, die letzteren aufgesucht werden, sich nur durch Stöhnen etc. verrathen. 3 Krankentragen, jede von 3 Mann bedient (2 Träger, 1 mit dem Sanitätstornister, vorschriftsmässiger Laterne und einer brennenden Fackel. Bei dem hügeligen Terrain war bei dem Lichte der Lampe ein 350 Meter entfernt auf einem Hügel liegendes Haus gut erkennbar). — Lampe altes System „Wells", bei der durch einen überhitzten Luftstrom ein billiges Mineralöl unter sehr heller Flamme zur Verbrennung gebracht wird. 20 Minuten nach Ausrücken der Trage kam der erste Leichtverwundete bei der Lampe an und nach $^3/_4$ Stunden waren alle 10 Leichtverwundete eingetroffen. Eine halbe Stunde nach dem Ausrücken kamen die Tragen beladen zurück und zwei Tragen hatten nochmals einen Erfolg, es waren 5 von 10 Schwerverwundeten, also 50% gerettet. Um 10 Uhr wurde der Versuch wegen des Regens unterbrochen. 5 Schwerverwundete wurden nicht gefunden, weil sie sich im Gebüsch, tiefen Gräben, Vertiefungen verborgen hatten, die Anderen wurden bei dem Licht der Lampe oder Fackel gefunden. Die Lampe brannte 2 Stunden ohne Störung,



verbrauchte 5 Kgrm. des billigen Mineralöls die Stunde (0·25 Lire pro Kilogramm). Der zeitweilig starke Regen löschte die Lampe nicht aus, minderte aber die Entfernung der Leuchtkraft. Unter der Lampe war ein Raum von circa 100 Qm. so hell erleuchtet. dass man Operationen hätte ausführen können. In 1½ Km. Entfernung sah man während des strömenden Regens ein starkes Licht. Die Leichtverwundeten kamen aus einem Umkreise von 1 Km. auf das Licht zu. Verf. hält die am 4. März 1892 auf dem Tempelhofer Felde von *Siemens* und *Halske* vorgenommene Beleuchtungsprobe nicht für befriedigend, wegen der Complicirtheit des Apparates (besondere Fachleute als Bedienung) und der Schwere desselben (der gebrauchte Wagen mit Ausrüstung wog 2040 Kgrm., der Motor 200 Kgrm.) und des grossen Verbrauches von Petroleum, respective Benzin (80 Kgrm. die Stunde).

910. ***Ueber die Zerlegung des Wasserstoffsuperoxyds durch die Zellen, mit Bemerkungen über eine makroskopische Reaction für Bacterien.*** *(Virchow's Arch. Bd. CXXXIII. Heft 2. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 39.)*

Alle lebenden thierischen und pflanzlichen Zellen (besonders Hefezellen, Blut- und Eiterkörperchen) besitzen die Eigenschaft der Spaltung von Wasserstoffsuperoxyd, ebenso eine Reihe den Zellen entstammender und zu den Eiweisskörpern gehörender Stoffe (Fibrinogen, Fibrin u. A.). Diese katalytische Wirkung auf Wasserstoffsuperoxyd ist nicht an das Leben der Zellen gebunden und wird weder durch Antiseptica noch Alkaloide, auch nicht durch das Protoplasmagift Cocain und Zellkerngift Oxalsäure vernichtet. Diese Fähigkeit ist auf das in der Zelle enthaltene Nuclein zurückzuführen. Hefezellen (ebenso Eiterleberzellen, Hirnsubstanz, Knochenmark, Casein der Milch, Blut) durch salzsaures Pepsin der Verdauung unterzogen, dann filtrirt, mit Wasser ausgespült, mit Alkohol und Aether ausgewaschen und bei Zimmertemperatur getrocknet, ein Präparat, welches weder lebende Zellen einschliesst, noch ein Ferment enthält, hat dauernd die Kraft, Wasserstoffsuperoxyd zu spalten. Diese Wirkung fasst Verf. mehr als chemischen Process denn als Contactwirkung auf. Ebenfalls energische Spaltung des Wasserstoffsuperoxyds bewirken die Mikroorganismen und dies lässt sich als makroskopische Reaction auf Bacterien auch praktisch verwerthen zur Prüfung der Leistungsfähigkeit der Sandfilter. Die Quantität des entwickelten O. sowie die Intensität seiner Abspaltung ist direct proportional der Menge der in der Mischung enthaltenen Bacterien. Die Empfindlichkeit der Probe ist verhältnissmässig gering, so dass die leichte Ausführbarkeit die praktische Bedeutung erhöht. Denn wenn in dem filtrirten Wasser eine, wenn auch noch so geringe Gasentwicklung bei Zusatz von Wasserstoffsuperoxyd auftritt, darf man auf das Vorhandensein von mehr als 1000 Bacterien im Cubikcentimeter schliessen. Nun soll aber ein gut functionirendes Filter nicht mehr als 50—100 Keime im Cubikcentimeter durchlassen. Ein schlechtes Functioniren der Filteranlage macht sich sofort in der Vermehrung der im Cubikcentimeter enthaltenen Keime bis auf mehrere Tausend bemerkbar. Diese Reaction gibt nun ein einfaches und bequemes Mittel in die Hand, um täglich zu controliren, ob die Filter gut



functioniren, als Vorprobe und zum theilweisen Ersatz für die umständlichere Plattenculturmethode und kann von jedem nicht bacteriologisch geübten Ingenieur ausgeführt werden.

911. ***Ueber die Infection der Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen.*** *Von Stabsarzt Prof.* ***E. Pfuhl.*** *Aus dem Institut f. Infectionskrankheiten. (Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskh. 13. 3. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 75.)*

Die Frage, ob Schusswunden durch mitgerissene Kleiderfetzen in erheblichem Masse der Gefahr der Infection ausgesetzt sind, ist von hoher Bedeutung für die ersten Massnahmen im Felde. Dass die Kleider der Soldaten zahlreiche Bacterien enthalten, ist selbstverständlich; doch ist noch darzuthun, ob auch Wundinfectionserreger dabei gefunden werden. Der Verfasser ist diesbezüglich in eine experimentelle Prüfung eingetreten, indem er weissen Mäusen und Kaninchen, die eine grosse Empfänglichkeit für die pyogenen Staphylo- und Streptococcen besitzen, kleinere Stückchen von getragenen Kleidungsstücken unter die Haut und (bei Kaninchen) auch in die Musculatur oder in die Pleura- oder Peritonealhöhle brachte. Dabei fand er die sämmtlichen verwendeten 51 Zeugproben frei von virulenten Wundinfectionserregern; dagegen erkrankten Thiere, wenn ihnen Zeugstückchen einverleibt wurden, die vorher mit virulenten Eitercoccen imprägnirt worden waren. Dieses Resultat ist nicht so überraschend, wenn man in Betracht nimmt, dass die etwa zufällig in die Kleidung gelangten infectionstüchtigen Keime hier einen so ungünstigen Boden finden, dass sie schnell ihre Virulenz verlieren oder gar absterben müssen. Der Verfasser folgert aus diesen Versuchen: Die Gefahr der Wundinfection tritt erst dann ein, wenn die Schussverletzungen mit Fingern berührt werden, an denen Wundinfectionserreger haften. Es ist demnach anzurathen, leichtere Schusswunden sofort unter antiseptischen Massnahmen, hermetisch nach aussen gegen die Gefahr des Eintritts von Wundinfectionserregern abzuschliessen.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 912. *Ueber die pathologischen Veränderungen des Harnstrahls und das Nachträufeln des Harns.*

*Von Dr.* ***Alexander Peyer,*** *Zürich.*

*(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 14.)*

(Schluss.)

IV. Die Continuität des Strahles spielt insofern bei Aerzten und Laien eine grosse Rolle, weil die meisten das plötzliche Stocken des Strahles als pathognomisch für Blasenstein betrachten, wo es nach *Henry Thompson* gerade sehr selten ist. Man beobachtet dieses Symptom bei Blasenstein, aber nur sehr ausnahmsweise; denn zu



seinem Zustandekommen sind verschiedene Umstände nothwendig. In erster Linie muss das Orif. ext. urethr. in einer Lage sich befinden, in welcher der Stein leicht auf den Blasenhals zu liegen kommt: Der Betreffende muss also aufrecht stehend uriniren. In zweiter Linie muss der Blasenhals weich und geschmeidig genug sein, damit der Stein sich wie ein Zapfen in seiner Höhlung festsetzen und ihn vollständig verstopfen kann. In dritter Linie muss sich die Blase lebhaft und regelmässig genug zusammenziehen, um den Stein gerade gegen die Mündung zu treiben. Am häufigsten trifft man diese Bedingungen bei Kindern erfüllt; denn hier ist der Blasenhals weich, das Orific. intern. auf einem Niveau mit dem Blasenboden und die Blase contrahirt sich lebhaft, energisch und gleichmässig.

Wenn bei Erwachsenen dieses Symptom vorhanden sein soll, so muss der Stein sehr klein und leicht sein.

Unendlich viel häufiger tritt das plötzliche Unterbrechen des Harnstrahles bei einer verhältnissmässig wenig gekannten Affection: dem Spasmus der Blasenschliessmuskeln, auf. Wenn wir einen Neurastheniker in unserer Gegenwart seinen Harn entleeren lassen, so sehen wir gar nicht selten, dass der Patient seinem Urin zuerst einige Zeit flattiren muss, bis er zuerst langsam in Tropfen und erst allmälig in mehr oder minder stärkerem Strom abgeht. Mit einem Schlag wird derselbe unterbrochen, indem die Blasenschliessmuskeln sich ohne äussere Veranlassung urplötzlich wieder krampfhaft schliessen. Man beobachtet dann das Bild, wie man es gewöhnlich nur bei Blasensteinkrankheiten sehen zu müssen glaubt.

V. Muss der Patient sich anstrengen bis das Uriniren im Gange ist und geht der Harn gleich im Beginne in einem Strahl ab oder nur tropfenweise? Nicht selten brauchen Patienten bei der Harnentleerung einige Augenblicke bis 10 Minuten Zeit, bis der Urin nur anfängt abzugehen. Fängt dann der Urin an abzugehen, so fliesst er nur tropfenweise. Bei der grossen Mehrzahl entsteht in kurzer Zeit ein mehr oder minder starker Strahl; bei wenigen geht das ganze Quantum Harn nur tropfenweise ab. In letzterem Falle handelt es sich um vorgeschrittene Stricturen, in ersterem gewöhnlich um einen leichten chronischen Spasmus der Blasenschliessmuskeln, welcher auch, wie schon erwähnt, in anderen Fällen die plötzliche Unterbrechung des Harnstrahles verursacht: nicht selten treffen wir diese beiden Anomalien an demselben Patienten.

VI. Ist Nachträufeln des Harns vorhanden? Das Harnnachträufeln hat eine fundamental verschiedene Bedeutung, je nachdem es sich nur an die willkürliche Harnentleerung anschliesst und unmittelbar nach derselben, oder auch einige Zeit nach derselben vorkommt, oder nachdem es in der Zwischenzeit, im Schlafe etc. sich zeigt, durchaus unabhängig von dem willkürlichen Harnen.

Letztere Form gehört unter das Capitel des „unwillkürlichen" Harnabganges. Die erstere dagegen bildet das eigentliche Harnnachträufeln.

Wie schon Eingangs bemerkt, besteht der Schluss der Harnentleerung in einem genauen Aneinanderlegen der Harnröhrenwände. Alles nun, was diesen letzteren Act stört, wird bewirken, dass der



Urin sich nicht prompt aus der Harnröhre entleert, sondern tropfenweise allmälig abgeht, mit anderen Worten, dass Harnnachträufeln eintritt.

*Ultzmann* denkt sich den anatomischen Vorgang folgendermassen: Es ist eine kleine Menge Harn in der Harnröhre zurückgeblieben. Dieses Zurückbleiben wird wesentlich dadurch gefördert, dass die organischen Muskelfasern der Urethra sich bis zu einem gewissen Grade contrahiren, wodurch die Harnröhre verengert und ihre Wandungen resistenter werden. So lange nun diese Contraction der organischen Muskelfasern andauert, befindet sich der Urin gleichsam in einer Röhre mit starren Wandungen und kann ebensowenig abfliessen als eine Flüssigkeit aus einer Glasröhre, wenn dieselbe an einem Ende verschlossen ist. Tritt jedoch Erschlaffung dieser organischen Muskelfasern ein, dann träufelt der Inhalt der Harnröhre gerade so heraus, wie eine Flüssigkeit aus einem Rohr mit dünnen weichen Wandungen; z. B. einem mit Wasser gefüllten Darm, auch wenn dieser letztere an dem einen Ende verschlossen erscheint. Es würde demnach dieses sogenannte Nachträufeln des Harns auf einem krampfhaften Zustande der organischen Musculatur der Harnröhre in ihrer ganzen Länge zurückzuführen sein. Diese Erklärung der Harnnachträuflung scheint eine ziemlich unglückliche zu sein, denn, wie *Oberländer* mit Recht bemerkt, kann man sich kaum denken, dass eine solch ausgedehnte Contraction ohne jedes Gefühl davon einhergehen könnte und andererseits müssten dann auch auf andere Ursachen, z. B. beim Catheterisiren, solche Contractionen eintreten, die das Eindringen von Instrumenten verhindern oder wenigstens erschweren würden.

In dritter Linie ist noch gegen diese Ansicht anzuführen, dass dieses Nachträufeln in der Regel nicht mit andern krampfhaften Affectionen des Urogenitalsystems einhergeht, sondern viel häufiger mit Erschlaffungszuständen, z. B. neurasthenischer Atonie und Paralyse der Blase, mangelhaften Erectionen, schlaffen Pollutionen, Mictions- und Defäcationsspermatorrhoe.

Viel mehr Wahrscheinlichkeit hat die Erklärung des Harnnachträufelns, dass es sich dabei um einen Erschlaffungszustand des musculären Schlauches handelt, welcher die Harnröhre vom Bulbus bis zur Blase umgibt. Dadurch verliert derselbe die Fähigkeit, sich rasch und energisch zusammenzuziehen und den Rest des Harns über den Bulbus hinauszupressen; der Urin bleibt in dem halbgeöffneten Schlauche liegen und tröpfelt dann durch die Bewegung beim Gehen langsam ab, oder es wird gerade durch dasselbe noch eine etwas energische Contraction des schlauchförmigen Muskels ausgelöst und der restirende Harn mit einem Ruck gar entleert.

Das Harnträufeln kann aber auch bedingt sein durch Ursachen, die in der Harnröhre selbst liegen und dort ein exactes Aneinanderlegen der Wände und damit einen vollständigen sofortigen Abfluss des Urins unmöglich machen. So bei engen Stricturen, bei welchen durch das indurirte Gewebe um die Strictur herum und die oft unregelmässige Dilatation, welche sich hinter der Strictur gebildet hat, die Wände des Canals nicht mehr in Berührung mit einander gebracht werden können. Zudem füllt sich die Erweiterung beim



Uriniren wie ein Sack und dieser Inhalt träufelt in Folge der Schwerkraft aus, sobald der Penis seine hängende Position wieder annimmt, wenn der Patient denselben nicht vorher mit einer melkenden Bewegung ganz entleert. Ebenso kann die prompte Entleerung der Harnröhre verhindert werden durch Hindernisse an deren Ausgang, wie z. B. abnorm enges Orific. extern. oder ganz enge Phimose. Bei der Diagnose des Harnnachträufelns kann es sich eigentlich nur handeln um die Differentialdiagnose zwischen Harnträufeln in Folge unwillkürlichen Harnabflusses und dem eigentlichen Harnnachträufeln. Letzteres zeigt sich nur im Anschluss an eine willkürliche Harnentlerung, nie in der Zwischenzeit, während das Harnträufeln in Folge unwillkürlichen Harnabganges zu beliebiger Zeit auftritt, besonders aber bei aufgehobenem Bewusstsein des Patienten, d. h. im Schlafe.

---

# Literatur.

913. ***Lehrbuch der Ohrenheilkunde für praktische Aerzte und Studirende.*** *Von Dr.* ***Adam Politzer****, k. k. a. o. Professor an der Wiener Universität. III., gänzlich umgearbeitete Auflage mit 331 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Ferd. Enke, 1893.*

Die vorliegende III. Auflage zeigt in jedem Capitel und in neuen Abschnitten eine sorgfältige Umarbeitung und Ergänzung des anerkannten Lehrbuches. In dem Rahmen der bisherigen Darstellung, welche, die Anatomie und Physiologie des Schallleitungsapparates vorausschickend, die physikalischen Untersuchungsmethoden des Gehörorganes behandelt, um dann auf die Schilderungen der Krankheiten des äusseren Ohres und Mittelohres überzugehen und schliesslich die Anatomie, Physiologie und Pathologie des schallempfindenden Apparates darzulegen, findet Verf. in jedem Capitel Gelegenheit, den Fortschritten der Doctrin in allen ihren Theilen gerecht zu werden. In dem Abschnitt über Gehörsprüfung schildert Verf. auf pag. 113 die Verwerthung des von ihm zuerst ausgeführten Stimmgabelversuches mit der $c^2$-Stimmgabel für die Diagnose der Impermeabilität des Tubencanals. Sehr eingehend ist das Capitel „Das Krankenexamen und das Verfahren bei der Krankenuntersuchung" bearbeitet und demselben das vom Verf. in seiner Praxis benützte Schema des Krankenprotokolles beigefügt. Von den Ergänzungen und Verbesserungen im klinischen Theile des Werkes mögen zunächst die zahlreichen Abbildungen pathologischer Trommelfelle erwähnt werden, welche, vom Verf. gezeichnet, neu hinzugekommen sind. Den neueren Arbeiten und den Fortschritten auf dem Gebiete der Behandlung der eiterigen Mittelohrentzündung, der operativen Behandlung der catarrhalischen Processe im Mittelohr trägt Verf. in kritischer Weise Rechnung. Neu ist auch das Capitel über Influenza-Otitis. Bezüglich der operativen Behandlung der otitischen Gehirnabscesse gibt Verf. den Sinusoperationen den Vorzug gegenüber der Eröffnung der Hirnabscesse. Es mögen diese wenigen Proben genügen, darzuthun, dass auch die vorliegende Auflage des Werkes jene Vorzüge von Gründlichkeit und Vollständigkeit zeigte, wie sie dem als Forscher und Kliniker gleich hervorragenden Verfasser entsprechen. —r.



914. ***Jahresbericht über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen*** *umfassend Bacterien, Pilze und Protozoen. Unter Mitwirkung von Fachgenossen bearbeitet und herausgegeben von Dr. Med.* ***P. Baumgarten,*** *o. ö. Professor der Pathologie an der Universität Tübingen. Siebenter Jahrgang. 1891. Braunschweig, Harald Bruhn, 1893. (VIII u. 919 S. 8⁰.)*

Da es wohl nicht mehr nothwendig erscheint, den vorliegenden Jahresbericht, der schon an allen Stätten eingebürgert ist, wo Aerzte bacteriologische Arbeiten ausführen oder deren Resultate verwerthen müssen, neuerdings zu empfehlen, kann sich unsere Anzeige darauf beschränken, die Entschuldigung zu wiederholen, welche der Herausgeber für das verspätete Erscheinen des „Berichtes für das Jahr 1891" in der Vorrede anführt. Die Ursache der Verspätung liegt in der plötzlichen Hypertrophie des Tuberkelbacillencapitels in Folge „der riesig herangewachsenen Tuberculinliteratur". Die Referate über die Tuberculinliteratur bedingten diesmal auch eine Vergrösserung des Umfanges der Berichte gegenüber allen früheren. Der Umfang soll nun in Zukunft wieder der normale werden. Der Leser denkt an die Cholera im Jahre 1892, an die Literaturfluth in deren Gefolge und es nahen ihm leise Zweifel. Doch der Herausgeber verscheucht dieselben durch die Mittheilung, dass der früher in diesem Berichte einverleibte Abschnitt über die „saprophytischen Mikroorganismen" in Zukunft in dem ebenfalls im Verlage von Harald Bruhn erscheinenden „Jahresbericht über die Lehre von den Gährungsorganismen" von Privatdocent Dr. *Alfred Koch* in Göttingen, übertragen erscheint, so dass der vorliegende Bericht künftig die Literatur über die parasitischen (pathogenen, infectiösen), der *Koch*'sche Bericht dagegen die über die saprophytischen (saprogenen, zymogenen, chromogenen, photogenen) Mikrobien referiren wird. Also eine Arbeitstheilung, die in wissenschaftlicher und rein praktischer Beziehung ihre volle Berechtigung hat. Da nun Verf. überdies seinem ersten Assistenzarzt Dr. Med. *Roloff* einen Theil der Redactionsgeschäfte übertrug, so ist zu hoffen, dass nunmehr die Berichte, wie es in unserer Aller Interesse gelegen, in der ersten Hälfte des dem Berichtsjahre folgenden Jahres complet erscheinen. Um dies je eher zu ermöglichen, wünscht Verf. eine ausgiebigere Unterstützung des Unternehmens von Seite der Autoren und Verleger durch Zusendung von Separatabdrücken, respective Recensionsexemplaren der einschlägigen Veröffentlichungen — ein Wunsch, dessen Erfüllung wir im Interesse des Unternehmens wärmstens befürworten. Eine neue Anzahl fremdsprachiger Mitarbeiter von bestem Klange hat sich um den Herausgeber geschaart. So möge das Werk, bestens aufgenommen, gedeihlich weiter wirken.

*—r.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

915. ***Die causalen Verwandtschaften der Krankheiten.*** *Von* ***David Drummond.*** *Vortrag, gehalten in der Jahresversammlung der British Medical Association. August 1893. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 36. — Brit. med. Journ. Nr. 1701.)*

Die Kenntniss der Aetiologie und Behandlung der Krankheiten ist weit zurückgeblieben hinter der Diagnose. Viele sogenannte Krankheits-





ursachen, wie sie in den Lehrbüchern angeführt werden, verdienen diese Bezeichnung gar nicht. Eine ganze Reihe von Erkrankungen der Haut, des Auges, des Gehirns, der Gelenke, der Lungen u. s. w., die früher als verschiedenartig angesehen wurden, gehören, wie wir wissen, zusammen, da sie alle vom Tuberkelbacillus verursacht werden. Wenn es uns gelingt, wonach ich zu streben plaidire, die Krankheiten nach ihrer Ursache zusammenzufassen, kann dies nicht ohne Einfluss auf die Methode der Behandlung bleiben. Die Therapie, die sich auf die Aetiologie gründet, muss Erfolg haben. Die Erkenntniss der Verwandtschaft bestimmter Symptomencomplexe mehrt sich aber stetig. Ich erlaube mir einige Beispiele anzuführen. Die Beziehung der Syphilis zur Tabes ist meiner Meinung nach constant. Letztere ist die Folge ersterer, dies kann man mit ziemlicher Bestimmtheit behaupten. Meine Erfahrungen lehren, dass in allen Fällen der Tabes Syphilis vorausgegangen war. Dieser Annahme schliessen sich auf Grund der Statistik auch immer mehr und mehr die Fachgenossen an. Auf dieselbe specifische Ursache ist, wie ich glaube, auch die progressive Paralyse der Irren zurückzuführen. Der Beweis dafür ist statistisch schon schwieriger zu erbringen. Trotzdem nimmt in 65% der Fälle *Jacobson* eine specifische Ursache an, während *Steenberg* und Andere schon seit einiger Zeit progressive Paralyse ohne Syphilis nicht anerkennen. Nach der inductiven Methode müssen wir aber letztere Behauptung als richtige Schlussfolgerung anerkennen. Als weiterer Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme ist der Umstand anzusehen, dass die progressive Paralyse die einzige bekannte Geisteskrankheit ist, bei der wir constante anatomische Veränderungen finden. Daraus geht hervor, dass diesem pathologischen Process ein specifischer ätiologischer Factor zu Grunde liegt. Die Erkenntniss dieser Thatsachen hat wohl deshalb keine günstigen therapeutischen Resultate zu Tage gefördert, weil die Behandlung zu spät einsetzte. Wie häufig aber das Auftreten von Tabes und progressiver Paralyse durch rechtzeitige antisyphilitische Curen verhindert wird, kann Niemand sagen. — Eine weitere Beziehung besteht zwischen Aneurysmen und Syphilis. Meine anamnestischen Erhebungen haben dies mit wenigen Ausnahmen, wo die Aneurysmabildung auf maligne Endocarditis zu beziehen war, stets ergeben. Im Verlauf der letzten 10 Jahre habe ich 145 Fälle von Aneurysmen der Aorta thoracica in der Royal Infirmary behandelt. Die Syphilis macht die Wand der Arterien besonders nachgiebig gegen den Blutdruck. Vielleicht ist die Ursache dafür die Transformation der Media und Adventitia im Bindegewebe, was ja bei Syphilis sehr gewöhnlich vorkommt. Jedenfalls habe ich es mir zur praktischen Regel gemacht, niemals Aneurysmen ohne das Vorhandensein von Syphilis zu diagnosticiren. Schwere Arbeit mag ja mit eine Ursache der Aneurysmabildung sein, letztere hat aber dann immer gleichzeitig specifische Arteritis zur Voraussetzung.

Ein weiterer causaler Zusammenhang besteht zwischen Empyem und Pneumonie; derselbe ist sehr constant. Eiterungen der Pleurahöhle bei septischer Pleuritis, tuberculösem Pneumothorax oder secundärer Infection eines Pleuraexsudates durch einen Troicar gehören zu den Ausnahmen. Das gewöhnliche Empyem entsteht in Folge einer Pneumonie. Wer diese Thatsache nicht vergisst, wird rechtzeitig einen Pleuraerguss nach Pneumonie als eiterig diagnosticiren. Je frühzeitiger man aber ein Empyem entleert, desto kurzdauernder ist die chirurgische Behandlung des Falles. Die Beziehungen zwischen Rheumatismus und Chorea haben



grosse Meinungsverschiedenheiten hervorgerufen. In einer bestimmten Zahl von Fällen wird das Vorkommen von Rheumatismus bei Chorea von Allen zugegeben. Meine eigenen Beobachtungen constatiren einen engen Zusammenhang zwischen diesen beiden Krankheiten. Ich nehme an, dass häufig die Chorea hervorgerufen wird durch die Einwirkung des Rheumatismusgiftes auf die wachsenden und gewissermassen labilen Corticalzellen, wodurch in letzteren eine Störung hervorgerufen wird. Wenn dies für wenige Fälle feststeht, kann man leicht die Chorea bei Kindern nervöser und rheumatischer Familien auf dieselbe Ursache beziehen. Die Herzaffectionen sind alle secundärer Natur: als ursächliche Momente sind Rheumatismus, Gicht, Tuberculose, Sepsis, Alkoholmissbrauch, Syphilis etc. anzuführen. Die Kenntniss der primären Krankheitsursache ist für die Behandlung der Herzkrankheiten von eminenter Bedeutung. Nach der jetzt herrschenden Schule wird zu viel Gewicht auf die specialisirte Diagnose der Klappenläsion gelegt und die Ursache der Krankheit häufig aus dem Auge verloren. Nicht der Klappenfehler an sich, der ja meist für den Patienten nicht sehr gefährlich ist, sondern neue intercurrente Attaquen des Rheumatismus, die häufig fast unbemerkt und ausser Fiebererscheinungen symptomlos einhergehen, gefährden am meisten den Patienten. Aehnliches gilt für die Gicht, nur dass diese Krankheit einen constanteren Verlauf nimmt, wobei sie häufig unbemerkt dem Organismus schweren Schaden zufügt. Die Syphilis ist viel häufiger die Ursache von Herzaffectionen als die Lehrbücher angeben. Auch das Alkoholikerherz lenkt in letzter Zeit immer mehr die Aufmerksamkeit des Aerztes auf sich. Es gibt, da es sich meist um Affectionen des Myocardiums handelt, eine schlechte Prognose und führt häufig plötzlich zur Katastrophe. Die Berücksichtigung dieser ätiologischen Momente setzt uns mehr in den Stand, Herzkranken nützen zu können, als wenn wir intercurrente Verschlimmerungen als unvermeidlich anzusehen gewöhnt sind. Ich bin häufig in der Lage gewesen, im Sectionssaal demonstriren zu können, dass diagnosticirte Klappenfehler auf eine chronisch tuberculöse Pericarditis zu beziehen waren, wobei die Klappen gesund waren, die Ostien aber in Folge von Adhäsionen dilatirt und der Herzmuskel degenerirt war. Die Prognose und Therapie eines solchen Falles muss natürlich grundverschieden sein von derjenigen einer rheumatischen oder alkoholischen Herzaffection. — Ich komme jetzt auf den modificirenden Einfluss einer Krankheit auf die andere zu sprechen. Der Symptomencomplex der Erkrankung eines Organes kann leicht auf die Krankheit eines anderen Organes bezogen werden. Wenn z. B. ein Alkoholiker an dyspeptischen Erscheinungen leidet, werden sie leicht von ihm selbst und seinem Arzte auf den Alkohol bezogen, ohne dass dabei eine organische Krankheit supponirt wird. Patient scheint weiter nicht krank zu sein und erfüllt mit wenig Beschwerden die Pflichten seines Berufes. Eine etwa plötzlich eintretende Lungenentzündung, von der sich Patient nur langsam erholt, ändert sofort das ganze Krankheitsbild. In 2—3 Wochen treten Ascites und alle Erscheinungen der Lebercirrhose zum nicht geringen Schrecken aller Betheiligten auf. Jetzt erst wird es klar, dass diese Krankheit schon lange in latenter Form vorhanden war. Der behinderte Pfortaderkreislauf war eben durch Hilfskräfte compensirt, die nach Durchmachen der Pneumonie versagten. Ich bin in der That anzunehmen geneigt, dass bei der Lebercirrhose das Auftreten von Ascites auf Herzschwäche zu beziehen ist. Zum Belege dafür möchte ich einen





unlängst beobachteten Fall anführen. Ein kräftiger Kellner bekam in Folge mehrtägigen schweren Alkoholmissbrauches sehr schnell alle Symptome von Stauung im Pfortadersystem, Ascites etc. Es wurde eine Punction erforderlich, doch starb Patient ziemlich schnell an Peritonitis. Bei der Autopsie fand ich eine kleine cirrhotische Leber mit ausgebildetem compensatorischen Collateralkreislauf und ein dilatirtes Herz. Auch bei Nephritis tritt häufig Hydrops wegen Herzschwäche ein. Häufig genug treten Modificationen im Symptomencomplex einer Krankheit durch den Einfluss einer anderen Krankheit ein. Dafür ein Beispiel. Ein junger Mann von 22 Jahren litt im Herbst 1891 an Alkoholparalyse mit Schwäche in den Beinen und Parese und Schmerzen der Fingerextensoren. Er erholte sich soweit, dass er nach 4 Monaten gehen und etwas später Velociped fahren konnte. Im Mai des folgenden Jahres erkrankte er an Diphtherie, in Folge deren von Neuem die kürzlich überstandenen Erscheinungen mit Ausnahme der Schmerzen und ohne Schluckbeschwerden auftraten. Die Localisation der diphtherischen Lähmung trat ein auf Grund der alkoholischen Prädisposition. Der Einfluss einer Krankheit auf die andere kann aber auch von Nutzen sein. Sarcome und Lupus heilen manchmal nach Hinzutreten von Erysipel. Hierher ist auch die Beobachtung zu rechnen, dass Lungentuberculose selten neben Herzaffectionen auftritt. Wir sehen also, dass die Beurtheilung der Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie wesentlich erleichtert wird, wenn wir die Ursache oder Ursachen, die einen einfachen oder complicirten Krankheitsfall hervorrufen, im Auge behalten.

---

# Kleine Mittheilungen.

916. ***Untersuchungen über den Einfluss des Rauchens auf den Organismus*** hat Dr. *B. H. Brodnar* bei seiner Clientel angestellt 98 von 123 im Alter von 18—78 Jahren benutzten Tabak. Bei 90 fand er eine Schwächung mehrerer Sinnesorgane (Gehör-, Geschmack-, Tastsinn), 82 hatten periodische Kopfschmerzen, welche auf das Rauchen zurückgeführt werden konnten, indem dieses Symptom sich verminderte in dem Masse, als das verrauchte Quantum geringer wurde; 5 litten an mehr oder weniger ernster Paralysis agitans, 50% hatten unregelmässige Herzaction, 89 waren mehr oder weniger dyspeptisch, 8 konnten die genossenen Speisen nur bei sich behalten nach Einnahme eines Stomachicums, 52 litten an leichten schwindelartigen Erscheinungen beim Gehen, die sich äusserten in der Neigung, nach einer Seite von der geraden Linie abzuweichen. Mehr als die Hälfte klagten über Vergesslichkeit bis zu dem Grade, dass die Familiennamen nicht behalten wurden. Ungefähr 80% litten an Trockenheit des oberen Lides, ohne dass Granulationen vorhanden gewesen wären, eine Erscheinung, die auf einer Störung der Secretion zu beruhen scheint. Verf. nennt dieses Symptom: „smoker's sore eyes“.

(The med. Bull. 1893. Januar. — Deutsche med. Wochenschr. 1893. 28.)

917. ***Mittel gegen Sommersprossen.*** *Von Prof. **Neumann**. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893.)*

Rp. *Praecipit. albi,*
*Magister. Bismuthi aa. 1·7,*
*Cetacei,*
*Cerae albae aa. 7·0,*
*Ol. amygdal. 14·0,*
*M. f. unguentum.*

D. S. Abends einzureiben. Durch 8 Tage zu gebrauchen.



***Gasteiner Thermalwasser-Versendung.*** Soeben kommt uns die für unsere Leser gewiss interessante Nachricht zu, dass die Generaldirection der Allerhöchsten Familienfonde als Verwaltungsbehörde der Thermalquellen Gasteins, das Thermalwasser von nun an auch in Versandt bringt, und zwar nicht nur in kleineren Gefässen, sondern auch in **Glasballons zu 65 Liter** zu **Badezwecken.** Es wird dadurch die Möglichkeit geboten, **im Hause** und zur rauheren Jahreszeit, sowie in entfernteren Gegenden **Gasteiner Thermalbäder zu erhalten.** Aber auch als gutes, **bacterienfreies Trinkwasser** dürfte das Gasteiner Thermalwasser willkommen sein für Orte mit schlechtem Trinkwasser überhaupt, oder zu Zeiten von Epidemien, wie gerade jetzt — Cholera — für verseuchte Gegenden, um so mehr, als auch der Preis des Thermalwassers sehr niedrig gestellt sein soll. — Wir können daher dieses neue Unternehmen nur freudigst begrüssen und kommen sicher noch darauf zurück.

---



---

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

918. ***Traumatische Psychosen.*** *Eine klinische Studie. Von Dr.* ***E. Jacobson,*** *Kopenhagen. (Nordiskt med. Ark. Nr. 13.)*

Bekannt ist die relative Häufigkeit einer ernsten Kopfverletzung als Ursache geistiger Störungen. Obschon es, von den psychischen Störungen traumatischer Neurosen abgesehen, keine traumatische Psychose sui generis gibt, die sich durch specielle Symptomatologie und Entwicklung von allen übrigen Geistesstörungen unterscheidet, ist doch die grosse Aehnlichkeit zwischen vielen Fällen unverkennbar. Es gibt nun zwei Hauptgruppen, von denen die erste als acute Verwirrung, die zweite als Dementia chronica sich darstellt. Während *Mickle* aus der ersten Gruppe nur cerebralen oder psychischen Automatismus und Stupor der traumatischen Psychose zuweist, kann die durch Trauma hervorgerufene Verwirrung in allen Formen auftreten, welche bei dieser überhaupt vorkommen. Bei den erst einige Zeit nach der Verletzung auftretenden Psychosen, bei Individuen, welche nach *Lasegnes's* glücklichem Ausdrucke der Traumatismus „cerebral" gemacht hat, überwiegen die maniakalischen Fälle, während bei den rasch auftretenden, Blödsinn vorwaltet. Aber auch hallucinatorische Verrücktheit kommt vor, ebenso Stupor und mitunter ausgesprochene Catalepsie; sogar retrograde Amnesie kann sich in einzelnen Fällen entwickeln, was um so auffälliger erscheint, als das auch der Fall sein kann, wo die psychische Störung erst spät auftritt und keineswegs als unmittelbare Folge der Hirnerschütterung betrachtet werden kann. Im Allgemeinen verlaufen diese traumatischen Psychosen ziemlich rasch und dauern höchstens einige Wochen; doch kommen Anfälle von Recidiven vor, die dann den nämlichen Charakter tragen. Diese haben oft die grösste Aehnlichkeit mit Fällen von epileptischer Verwirrtheit, und in Bezug auf diese und noch mehr auf die Alkoholpsychose bestehen manchmal grosse diagnostische Schwierigkeiten. Die traumatische chronische Demenz kann ebenfalls in allen möglichen Formen bald mit motorischen Lähmungen, bald ohne solche verlaufen. Auch allgemeine Paralyse kann traumatischen Ursprunges sein, doch hat Verf. nur einen einzigen sicheren Fall dieser Art beobachtet. Bei sehr vielen Kranken war vorher Syphilis vorhanden, deren Bedeutung für den Process nicht völlig klar ist. Es ist nicht unmöglich, dass ein durch die Syphilis geschädigtes Gehirn dem Traumatismus leichter verfällt als ein normales. *Th. Husemann.*





919. ***Die Rumination beim Menschen und ihre Beziehung zum Brechact.*** *Aus der med. Klinik Prof. Nothnagel in Wien. Von Dr. **G. Singer.** (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI, pag. 472—504.)*

In seiner Abhandlung über das Wiederkäuen der Menschen gelangt Verf. zu den Schlüssen, dass Rumination dasselbe ist wie Regurgitation, dass sie der Ausdruck einer nervösen Constitution ist. Die relative Insufficienz der Cardia, welche zeitweilig unbestimmtem Mageninhalte gegenüber eintritt, ist als nächstgelegene Ursache des Ruminationsactes anzusehen, dessen Mechanik in Aspiration des Mageninhaltes bei erschlaffter Cardia durch die Luftverdünnung im Brustraume besteht. Hierbei ist Inspirationsstellung des Thorax bei gleichzeitigem Glottisschluss aufrecht erhalten. Die Regurgitation eingeführter Speisen kann willkürlich unterdrückt werden. Das Antrum cardiacum entspricht einer auch beim Lebenden nachweisbaren Ausweitung des Oesophagus im Cardiatheil, entstanden durch mechanische Ueberdehnung beim Schlingen gröberer Bissen (mangelhafte Schlussfähigkeit der Cardia). Die Rumination ist vom Brechact streng zu sondern, mit Ausnahme der ösophagischen Form des nervösen Erbrechens. Die accidentellen Secretionsanomalien sind nervöser Natur. Wiederkäuen bei Divertikel und totaler Erweiterung des Oesophagus ist durch Vorwalten der Schlingbeschwerden und durch die Würgbewegungen von der genuinen Regurgitation differentiell gekennzeichnet. Besonders ist wichtig, dass bei Divertikelbildung Pepsin- und Labferment im heraufbeförderten Inhalt fehlen. Bei der Behandlung ist auf die nervöse Grundursache Rücksicht zu nehmen, hastiges Essen und reichliches Trinken zu verbieten und die Ruminatio durch den Patienten zu unterdrücken. *Hausmann,* Meran.

920. ***Ueber die Entstehungsweise der gewundenen Harncylinder und der Spiralfäden im Auswurf.*** *Von Prof. **H. Senator,** Berlin. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI, pag. 413 u. ff.)*

Ueber das Zustandekommen der nicht selten im Harnsediment zu findenden spiralig oder korkzieherartig gewundenen Cylinder, ebenso wie über das der *Curschmann*'schen Spiralfäden im Auswurf hat der Verf. folgende Ansicht. Er glaubt, dass diese Formen sich auf eine Thatsache zurückführen lassen, von der man sich sehr leicht überzeugen kann. Wenn man nämlich eine halbweiche, zähe Masse, wie die Substanz der Harncylinder und der Spiralen im Auswurf, durch eine enge Oeffnung, etwa aus einer ganz engen Röhre, in ein weites Rohr presst, so dreht sich diese Masse spiralig. Eine Morphiumspritze, die man mit einer durch Erwärmen flüssig gemachten Salbe füllt und nach dem Erkalten derselben entleert, belehrt darüber in einfachster Weise. Die gewundenen Cylinder stammen aus Harncanälchen, welche zeitweise durch sie ganz verstopft waren und erst durch den nachrückenden Harnstrom von ihnen befreit wurden. Die Entstehung der Spiralen im Auswurf entsteht dadurch, dass eine hinlänglich zähe Masse mit einer gewissen Kraft durch engste Bronchien in weitere gepresst wird, in Folge dessen die spiralige Drehung erfolgt. Die Centralfäden in den Spiralen sind keine selbstständigen Gebilde, sondern durch



sehr hochgradige Verbackung der einzelnen Bestandtheile des Sputums entstanden. *Hausmann,* Meran.

921. ***Zur Aetiologie des acuten Gelenksrheumatismus.*** *Von Prof.* ***Sahli,*** *Bern. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI, pag. 450 ff.)*

In einem nicht mit Eiterung complicirten Fall von typischem Gelenksrheumatismus fand Verf. in den erkrankten Gelenken, ferner in den endocarditischen Auflagerungen, in der Pericarditis und Pleuritis, in geschwellten Bronchialdrüsen, in geringerer Menge auch im Blute des linken Herzens einen Coccus, morphologisch identisch mit Staphylococcus citreus, der aber für Thiere nicht pathogen war. Da für Annahme einer Mischinfection kein Grund vorlag, so ist dieser Coccus offenbar der Krankheitserreger. Denkbar ist, dass der Gelenksrheumatismus als das Product abgeschwächter pyogener Coccen aufzufassen ist. Möglich, dass hierbei verschiedene Coccenspecies in Betracht kommen, die ätiologische Einheit des acuten Gelenksrheumatismus also aufgegeben werden müsste. Die bacteriologischen Untersuchungen des vorliegenden Falles ergeben, dass die Complicationen des Gelenksrheumatismus: wie Endocarditis, Pericarditis, Pleuritis, ätiologisch zum Gelenksrheumatismus gehören, also nicht eigentliche Complicationen, sondern Localisationen sind. *Hausmann,* Meran.

922. ***Complete Anurie von 11tägiger Dauer mit Ausgang in Genesung.*** *Von Prof.* ***Düring,*** *Constantinopel. (Internat. Centralbl. f. d. Physiol. und Path. d. Harn- u. Sexualorgane. 1893. Bd. IV. Heft 4.)*

Ein 60jähriger, gut conservirter Herr leidet seit einer Reihe von Jahren an Gicht und Nierenkoliken. Während der letzteren entleerte er öfters kleine Steine und Gries. Der Patient bekam plötzlich einen ungewöhnlich starken Anfall: Schmerzen in der linken Nierengegend und im Verlaufe des linken Harnleiters. Die Schmerzen sind sowohl spontan, als auch auf Druck sehr bedeutend. Ausserdem bestand Dysurie, Retraction des linken Hodens, Erbrechen. Narcotica brachten etwas Linderung. Von dem Anfalle an liess der Kranke keinen Harn mehr. Die Blase erwies sich bei einer Sondirung als leer. Diuretica und warme Bäder veränderten den Zustand nicht. Am dritten Tage stellten sich die ersten urämischen Erscheinungen ein. Erbrechen, Somnolenz, Abgeschlagenheit. Die Zunge war trocken, der Kranke unruhig. Er klagte über heftigen Durst, nahm täglich einen Liter Milch zu sich, von welchem er die Hälfte erbrach. Darauf trat eine ungemein starke Diarrhoe hinzu, er entleerte 15—20mal während 24 Stunden, der Stuhl war schleimig, blutig. Am achten Tage wurde der Zustand bedenklich. Es bestand grosse Prostration, Schlaflosigkeit, Erregung, abwechselnd mit comatösen Zuständen. Die Temperatur stieg nicht über 36°. Die linke Nierengegend war dabei dauernd schmerzhaft. Die Entleerungen hatten einen Geruch nach Ammoniak und Urin. Am zwölften Tage entleerte der Patient plötzlich aus der Harnröhre eine reichliche Menge von blutiger Flüssigkeit, welche leider nicht untersucht werden konnte, da sie von den Angehörigen unvorsichtiger Weise fortgeschüttet wurde. Der zweite Harn war ebenfalls blutig, enthielt viel Harngries und Oxalate. Die späteren Mengen waren klar und normal. Während der ersten 12—15 Stunden







wurden 12—15 Liter Harn entleert. Die urämischen Erscheinungen hörten damit sofort auf, 48 Stunden später fühlte sich der Patient wieder ganz hergestellt, und bis heute, d. h. 14 Monate später, haben sich keinerlei Beschwerden eingestellt. Ungewöhnlich ist die Länge des Anfalles und der Ausgang, der bei derartigen Fällen meistens letal ist, wenn das den Harnweg verstopfende Hinderniss nicht beseitigt wird. Derartige Fälle sind u. A. von *Bayer* beobachtet worden (10tägige Anurie), *Sangaldo* (13 Tage), *Charcot* (20 Tage), *Guyon* (12 Tage). Die Anurie wird gewöhnlich 7—8 Tage gut vertragen. Am 8. Tage zeigen sich die urämischen Erscheinungen. Constante Symptome hierbei sind Verengerung der Pupillen. Muskelzittern, Dyspnoe. Allgemeine Convulsionen und Coma sind seltener. Hier war offenbar nur der linke Ureter verstopft, entweder fehlte die rechte Niere vollkommen, oder sie war mit der linken verwachsen oder war schon lange functionsunfähig, oder war durch einen reflectorischen Vorgang ausser Thätigkeit gesetzt worden. Auch derartige Fälle sind bereits beobachtet worden. Der günstige Ausgang dürfte hier wohl der hinzugetretenen Diarrhoe zuzuschreiben sein, welche compensatorisch für die mangelnde Harnausscheidung eingetreten ist. *Dr. Hertzka,* Carlsbad.

923. ***Acute diffuse Peritonitis bei einem alten Ulcus ventriculi simplex nach Verabreichung eines Bandwurmmittels. Exitus in ungefähr 10 Stunden.*** *Von Dr. Wilh. Remmer, Strassburg i. E. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 42.)*

Die 21jährige Patientin war vor 2 Jahren in der med. Klinik zu Strassburg an einem Ulcus ventriculi simplex behandelt worden. Hämatemesis angeblich vorhanden gewesen. In den letzten zwei Jahren soll sie des Häufigeren an heftigen Magenschmerzen gelitten haben. In den letzten Wochen hielt sie sich wegen starker Chlorose im Schwarzwalde zu ihrer Erholung auf und kam am Tage vor der peritonitischen Erkrankung nach Hause zurück. Am Abend dieses Tages bemerkten die Eltern das Abgehen von Bandwurmtheilen, was Pat. schon in der letzten Zeit selbst beobachtet hatte. Nach dem Mittagessen des folgenden Tages, ungefähr gegen 2 Uhr. verabreichte die Mutter der Pat. ein Bandwurmmittel, welches sie früher schon einmal bei einer anderen Tochter gebraucht hatte und gab ausserdem der Pat. einige Löffel Ricinusöl. $^1/_2$ Stunde nachher klagte Pat. plötzlich über einen heftigen Schmerz im Leibe, worauf sich dann dauernd Schmerzen im selben einstellten. Pat. musste sich zu Bette legen. Es trat dann Brechreiz auf, ohne dass jedoch etwas erbrochen worden wäre. Der Zustand der Pat. verschlimmerte sich zusehends. Die Züge verfielen, die Extremitäten wurden kühl, das Gesicht mit kaltem Schweisse bedeckt, die Respiration wurde behindert. Gegen 5 Uhr traten dann Delirien auf, welche nach Verlauf von 1 Stunde wieder nachliessen, gegen 8 Uhr Abends aber wieder auftraten. In dieser Zeit waren die Respirationsbeschwerden zur Dyspnoe gestiegen. Beim Erscheinen des Verf. war der Status: Pat. moribund, sehr blass, die Augen eingefallen und geschlossen, werden nur mühsam beim Anrufen geöffnet. Stirn und Gesicht mit kaltem Schweisse bedeckt. Puls kaum fühlbar, Herztöne noch eben zu hören. Hochgradige Dyspnoe in Folge Hochstand des Zwerchfells. Abdomen stark aufgetrieben.



Bei leisester Berührung desselben schreit Pat. Leberdämpfung nicht nachweisbar, an deren Stelle tympanitischer Schall. Unter Berücksichtigung der Anamnese wurde die Diagnose auf acute diffuse Peritonitis nach Perforation eines Ulcus ventriculi gestellt. Das ätiologische Moment für den Eintritt der Perforation dürfte wohl unschwer in dem verabreichten Bandwurmmittel zu suchen sein. Pat. bekam Aetherinjectionen. Sie starb gegen 11 Uhr im Collaps. —*r.*

924. ***Ueber Polyneuritis mercurialis.*** *Von Prof. **E. Leyden**. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 31. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 42.)*

Ein 23jähriger Schneider erkrankte 3 Tage nach Beendigung einer Schmiercur, welcher er sich wegen syphilitischer Secundärerscheinungen unterzogen hatte, an reissenden und brennenden Schmerzen in beiden Ober- und Unterextremitäten, an Taubheitsgefühl in den Füssen, sowie an Schwäche und Unsicherheit beim Gehen. Diese Beschwerden steigerten sich noch etwas, nachdem Pat. noch einige Quecksilberinjectionen erhalten hatte. — Die Untersuchung ergibt: Herabsetzung der motorischen Kraft und deutliche Ataxie im Bereiche der gesammten Extremitätenmusculatur, besonders der unteren, deutlich atactischen Gang, stark ausgesprochenes *Romberg*'sches Phänomen, völliges Fehlen der Sehnenreflexe. Ferner zeigt sich, dass der Druck auf die grossen Nervenstämme schmerzhaft ist, dass ferner an den unteren Extremitäten eine Herabsetzung der Erregbarkeit besteht. Kein Gürtelgefühl, keine Störung in der Blasen- und in der Pupillenfunction. — Unter zweckmässiger Therapie — Bettruhe, Antineuralgicis, Morphiuminjectionen, Jodkali, später Eisen — verschwinden von den genannten Beschwerden zunächst die Schmerzen, später verringert sich die Ataxie, auch die motorische Kraft und die Sehnenreflexe stellen sich wieder her, so dass Pat. schliesslich als geheilt entlassen wird. Der Fall ist zunächst deswegen interessant, weil er Vielerlei mit dem Krankheitsbilde der Tabes dorsalis gemein hat. Doch muss er trotz des stark atactischen Ganges und des *Romberg*'schen Phänomens nicht dieser, sondern der acuten Ataxie, auch Pseudotabes peripherica genannt, also einer Form der Polyneuritis zugetheilt werden, 1. auf Grund der schnellen Entwicklung der Krankheit, 2. wegen Fehlens des Gürtelgefühles, der Pupillenstarre, der Blasenstörungen, 3. wegen der localen Vertheilung der Sensibilitätsstörungen (Freibleiben der Fusssohlen). — Eine zweite wichtige Frage betrifft die Ursache der Erkrankung. Es liegt sehr nahe, dieselbe in der bestehenden syphilitischen Infection zu suchen: indess muss bei näherer Erwägung nicht diese, sondern die stattgehabte Quecksilbereinwirkung verantwortlich gemacht werden. Hierfür spricht neben der Erfahrung, dass solche Polyneuritiden auf syphilitischer Basis gar nicht, dagegen öfter auf toxischer zu entstehen pflegen, besonders der Umstand, dass die Neuritis wenige Tage nach Beendigung der Schmiercur aufgetreten ist, dass sie durch die nachfolgenden Hg-Injectionen noch etwas verschlimmert wurde und dass die Heilung bei Abstinenz von Hg erfolgt ist. — Auch in der Literatur finden sich mehrfache Berichte von Quecksilberlähmung. Zum Schlusse weist Verf. nochmals darauf hin, dass

der vorliegende Fall den übrigen Fällen von toxischer Polyneuritis durchaus gleicht und deren ätiologische Casuistik insofern vervollständigt, als er ein Beispiel der seltenen Form von metallischer Intoxicationsneuritis ist. Auch sieht Verf. in dem beschriebenen Falle eine Warnung vor der Vornahme von intensiven Hg-Curen bei Nervenleiden, da bei einem Krankheitsprocesse, der in einer fortschreitenden Atrophie der Nervenfasern besteht, die Gefahr nicht ausgeschlossen sei, dass durch erstere an Stelle der erhofften Besserung eine Verschlimmerung herbeigeführt werde.

925. ***Acute psychische Contagion in einer Mädchenschule.*** *Von Dr. **S. Rembold,** Stuttgart. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 27. — Centralbl. f. Nervenhk. u. Psychiatr. 1893. October.)*

Durch die Mittheilungen von *Palmer* und *Hirt* veranlasst, berichtet Verf. über eine ganz acut aufgetretene hysterische Epidemie, welche er Januar 1892 in einer Classe von 9—10jährigen, den unteren Ständen angehörigen Mädchen beobachtet hat. Gleich nach Beginn des Unterrichtes (nachdem die Kinder bereits eine halbe Stunde in der Kirche gewesen) war eines der Mädchen plötzlich ohne Ursache bewusstlos hingesunken; in kürzester Zeit war eine ganze Anzahl der Kinder in derselben Weise bewusstlos, während andere jammernd und zitternd sich über heftiges Unwohlsein beklagten. Als Verf. herbeigerufen in die Schule kam, fand er auf dem Corridor einen Zug aufgeregter, lärmender Mädchen; eine oder zwei führten oder schleppten eine andere, welche meist völlig erschlafft, den Kopf auf die Brust gesenkt, die Beine nachschleifend, in den Armen ihrer Gefährtinnen lag. Im Zeichensaal sassen circa 40 Mädchen, die einen (circa 10) scheinbar völlig bewusstlos (besonders charakteristisch war bei ihnen die zitternde Bewegung der Oberlider wie bei Hypnotisirten), andere laut weinend oder krampfhaft schluchzend, am ganzen Leibe heftig zitternd, der Rest erschreckt die Genossinnen anstarrend. Nachdem die letzteren weggeschickt und die Erregten unter beruhigendem Zuspruch an's Fenster gestellt waren, wo sie langsam und tief Athem holen mussten, wurden die Bewusstlosen, welche auf Anrufen und Schütteln nicht reagirten, durch kräftige Begiessung mit kaltem Wasser und energisches Anfahren schnell wieder zum Bewusstsein und auf die Beine gebracht. Befallen war etwa der dritte Theil der Classe und ein 13jähriges Mädchen einer anderen Classe, in welche der Lärm gedrungen war.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

926. ***Exalginvergiftung.*** *Von **H. J. Vetlesen,** Christiania. (Norsk Magazin. 8, pag. 821.)*

Unter den neueren antipyretischen und antineuralgischen Mitteln ist das von Frankreich aus besonders empfohlene Exalgin (Methylacetanilin) eines derjenigen, bei welchen man in Bezug auf die Dosirung ausserordentlich vorsichtig sein muss und das



in der in den Büchern als zulässig bezeichneten Menge selbst sehr gefährlich werden kann. Die ursprünglich angegebene Dosis 0·25—0·4, 1—2 mal täglich und mehr, ist entschieden zu hoch und muss nach Massgabe verschiedener englischer und italienischer Beobachtungen niedriger gegriffen werden. Schon im Jahre 1892 hat *Reginald Broadbent* Schwindel und rauschähnlichen Zustand nach einer spät Abends genommenen Gabe von 0·25 beobachtet, und derselbe Patient, ein 26jähriger Mann, stürzte, nachdem er 6 – 8 Stunden später 0·75 genommen, bewusstlos hin unter Schäumen des Mundes, und erwachte erst nach $^1/_2$ Stunde mit Schmerzen im Magen und Geräuschen im Kopfe. In einem anderen Falle, den *Gilray* beobachtete, tritt die an einen epileptischen Anfall erinnernde Symptomatologie noch prägnanter hervor, hier kam es bei einer Frau in Folge des Einnehmens von 1·0 Grm., in Folge irrthümlicher Verordnung, in wenigen Minuten zu Convulsionen. Bewusstlosigkeit, Schäumen des Mundes, Pupillenerweiterung, gleichzeitig mit profusen Schweissen, starker Beschleunigung und Intermittenz des Pulses und nur die rasche Application von Apomorphin rettete die Kranke, deren Wiederherstellung ausserdem noch die längere Anwendung von Excitantien nöthig machte. Dass übrigens eine gleich gefährliche Erkrankung schon durch die als zulässige Medicinalgabe betrachtete Gabe von 0·4 hervorgebracht werden kann, zeigt der von *Vedeler* aus Norwegen neuerdings mitgetheilte Fall. Eine an Supraorbitalneuralgie leidende 25jährige Dame erhielt eine Dosis von 0·4 und fiel nach 10—15 Minuten bewusstlos mit einem Schrei hin, die Augen wurden starr, das Gesicht cyanotisch, der Körper anfangs ganz steif, später traten universelle clonische Krämpfe ein, die etwa $^1/_4$ Stunde anhielten. Nach dem Cessiren des Krampfes war die Kranke wirr im Kopfe und es bestand vollständige Amnesie nicht nur in Bezug auf die Katastrophe, sondern auch hinsichtlich des an dem vorausgehenden Morgen Geschehenen. Diese Amnesie, aber nur in Hinsicht der ersten halben Stunde nach dem Erwachen, wird auch von *Broadbent* als Symptom der eigenthümlichen Vergiftung aufgeführt. Starke Bisse in die Zunge machen in *Vedeler's* Falle die Aehnlichkeit der Vergiftung mit Epilepsie noch grösser. *Th. Husemann.*

927. ***Ueber die Einwirkung verdichteter und verdünnter Luft auf den intratrachealen Druck beim Menschen.*** *Von Dr. **E. Aron**. (Virchow's Archiv. 1892. Bd. CXXX. 2.)*

Dass durch die comprimirte Luft die Respiration beeinflusst wird, zeigten an zwei tracheotomirten Patientinnen vorgenommene Experimente in der pneumatischen Kammer, besonders aber an der einen weniger nervösen Kranken. Es wurde nämlich die Inspiration auf das Vierfache vertieft. Bei anhaltender Einathmung der comprimirten Luft wurde die Inspiration oberflächlicher, vertiefte sich aber beim Nachlass der Compression und wurde flacher beim Uebergang zum gewöhnlichen Luftdruck. Wurde die Atmosphäre um drei Viertel verdünnt, so vertiefte sich nur die Inspiration, bei Verdünnung auf $^2/_3$ Atmosphäre sank In- und Exspiration unter die Anfangshöhe und kam bei normalem Luftdruck langsam erst zur Norm. Die Zahl der Athemzüge änderte sich im Gegensatze zu den Beobachtungen Anderer nicht. *Hausmann*, Meran.



928. ***Der Einfluss des Liquor testiculi von Brown-Séquard auf Nervenkrankheiten.*** *Von* ***M. Jolly****, Paris. (Journ. de méd. 1893. 20.)*

Verf. gibt eine gewisse Wirksamkeit des Mittels zu, obgleich er einen Theil derselben der Suggestion, die die Injectionen hervorrufen, zuschreibt. Er sucht den Grund der Wirksamkeit in dem Spermin, einem Alkaloid, das *Poehl* im Sperma, aber auch in vielen anderen Organen gefunden hat. Dieses soll ein in den Organen wirkendes oxydirendes Ferment darstellen. Die durch *Charcot* im Blut der Leucämischen, später durch *Vulpian*, *Leyden* und Anderen bei anderen Krankheiten gefundenen Krystalle sind phosphorsaures Spermin. Das Sperminphosphat soll nun in den Nervengeweben derart entstehen, dass die Glycerinphosphorsäure, das Product der Lecithine, sich spaltet und die Phosphorsäure sich mit dem Spermin verbindet. In der Annahme, dass der Phosphorgehalt beider Substanzen, des Spermin und des Liquor, auf die vitale Energie des Neurasthenikers wirkt, sind Einspritzungen mit 2% Natr. phosphor. neutral gemacht worden, mit demselben Erfolg. Die Phosphortherapie, wie sie vermittelst der genannten drei Substanzen in subcutanen Injectionen geübt wird, ist nur bei functionellen Nervenleiden anwendbar. *Byasson* hat im Jahre 1868 gefunden, dass nach einer angestrengten geistigen Arbeit die Menge der Phosphate im Urin eine doppelte ist als nach angestrengter Muskelarbeit. Es handelt sich also bei den functionellen Neurosen, besonders der Neurasthenie, um ein Deficit an Phosphaten. Dieses zu decken, schlägt Verf. das glycerinphosphorsaure Kalium vor, dessen tägliche Gabe von 0·4 Grm. meist genügt. Die Einspritzungen mit Spermin, Liquor *Brown-Séquard's* Natr. phosphor. genügen nicht, da sie zu geringe Phosphordosen geben. Speciell die Einspritzungen mit Liquor testiculi haben durchaus nicht den ihnen von *Brown-Séquard* zugeschriebenen Werth.

Dr. *Hertzka*, Karlsbad.

929. ***Therapie des Typhus während der in den letztverflossenen Monaten im Münchener Garnisonslazarethe beobachteten Typhuserkrankungen.*** *Von Dr.* ***Vogl****, Generalarzt. (Münchener med. Wochenschr. 1893.)*

Anknüpfend an die klinische Schilderung der „Typhusepidemie im k. Infanterie-Leibregiment“, welche sich pathologisch auch dadurch auszeichnete, dass eine Doppelinfection vorlag, bei der die Influenza dem Typhus in einer Reihe von Fällen schon verschieden lange vorhergegangen oder in einer anderen Reihe ihn förmlich eingeleitet hat, theilt Verf. auch die Therapie und deren Resultate mit. Sie bestand auf beiden Stationen des Lazarethes in der seit 20 Jahren eingebürgerten Hydrotherapie (Methode von *Brand* in Stettin) unter völligem Ausschlusse jeder medicamentösen Antipyrese; angesichts der hohen Aussentemperatur war sie nach einer verschärften Formel in Anwendung gezogen. Alle 3 — nach Indication — alle 2 Stunden, Tag und Nacht, so oft der Kranke eine Temperatur von 39·5° C. in recto aufweist, ein Bad von 12° R. 1/4 Stunde lang. Ferner als unzertrennlich von dieser Behandlungsmethode ergiebigste Darreichung alkoholischer Getränke: täglich 1 Flasche schweren Rothweines; als gewöhnliches Getränk:

Heidelbeerwein mit Wasser; nach jedem Bade 1 Tasse starken schwarzen Thee mit Cognac und viel Zucker; weiche Eier, Flaumsuppe (aus Eier und Mehl), 1 – 2 Liter Milch; damit war namentlich die Diurese in's Auge gefasst, die hierdurch bei jedem Typhuskranken auf mindestens 2000, gewöhnlich 3000 Ccm. Urins und noch mehr innerhalb 24 Stunden erhalten wurde. Die grosse Zahl der schweren Fälle, d. h. solcher mit starker Tendenz zum Wiederansteigen der Temperatur und mit langer Fieberdauer bedingte, dass vom Beginn bis zum Schluss der Epidemie auf beiden Stationen des Lazarethes zusammen über 10.000 kalte Bäder verabreicht wurden — ein grosses Stück Arbeit für die Wärter! Im Ganzen (Epidemie A, B und C) betrug die Mortalität 8·4%, nämlich 426 Typhuskranke und 36 Todesfälle; sie ist zufriedenstellend, wenn man 15% als die durchschnittliche Mortalität im Typhus junger Männer annimmt; sie hat aber nicht befriedigt im Zusammenhalt mit den Heilresultaten von Ende der Siebziger-Jahre bis jetzt, wo im Garnisonslazareth 5·2% in keinem Jahrgange überschritten wurden. Der Grund dieses ungewöhnlichen Ergebnisses ist in der verhängnissvollen Concurrenz des Typhus mit der Influenza zu finden. Aus einer Menge der Temperaturcurven ist nachweisbar, wie Kranke noch unter der Herrschaft der Influenzatoxine (Bradycardie, Arhythmie und Labilität des Pulses) direct in die Initialperiode des Typhus übergetreten sind. Jeder Arzt wird einem Kranken mit derartiger Störung der Herzfunction, abgesehen von Influenza, bei Beginn eines Typhus die Prognose etwas ernster stellen — bei jeder Therapie, so auch bei der methodischen Bäderbehandlung; deren Aufgabe, einen schweren Verlauf in einen leichten zu verwandeln und secundäre Complicationen ferne zu halten, wird viel weniger durch den hohen Grad der Infection, als durch das Vorhandensein einer primären Complication erschwert. Eine solche primäre, und zwar ernste Complication ist eben die toxische Herzschwäche; und doch hat Verf. gerade in den schwersten Fällen der Epidemie in ununterbrochener Wiederholung Gelegenheit gehabt, die belebende Wirkung des kalten Bades zu beobachten und würdigen zu lernen; jeder Nachlass der Wirkung des kalten Bades äussert sich im Sinken der Herzaction und des Nervenlebens, und durch immer wieder methodisch eingeschobene kalte Bäder gelingt es auch in sehr schweren Fällen diese wichtigen Functionen durch eine 5—6wöchentliche Acme hindurch aufrecht zu erhalten und so dem Kranken über die Gefahr hinwegzuhelfen, bis der Infectionsvorgang selbst einen Abschluss gefunden hat. Solchen schweren langdauernden Fällen gegenüber ist die medicamentöse Antipyrese unmöglich, bei der exspectativen und diätetischen Behandlung aber wird die Lage des Kranken eine immer bedenklichere, die Stellung des Arztes eine unerträgliche. —*r.*

930. ***Die Behandlung der acuten parenchymatösen Nephritis.*** *Von Dr.* ***Aufrecht.*** *Verhandlungen der Abtheilung für innere Medicin bei der 65. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. (Münchener med. Wochenschr. 1893. 38.)*

Jedes kranke Organ verlangt Schonung; diese Schonung muss bestehen in Verminderung der specifischen Arbeitsleistung.



hier der Harnstoff- und Harnsäureausscheidung. Es sind daher alle stickstoffhaltigen Substanzen in der Nahrung völlig zu meiden, was um so mehr angängig ist, als, wie *Hirschfeld* 1892 nachwies, ein Mensch ohne Schädigung längere Zeit ohne Stickstoffnahrung leben kann. Von allen scharfen Diureticis ist abzusehen; Verf. sah auch bei schweren Fällen ohne jedes Diureticum eine spontane Zunahme der Harnsecretion. Bei neueren Untersuchungen besonders an Choleranieren fand der Verf. die schwersten Veränderungen bei solchen acuten Nephritiden in den *Henle*'schen Schleifen, welche durch Cylindermassen verstopft waren; die zuführenden Rindencanälchen waren beträchtlich erweitert. Diese Verstopfung der *Henle*'schen Schleifen verursacht die Verringerung der Harnmenge; therapeutisch ist eine Ausspülung indicirt, wobei sich Wildunger Wasser hervorragend bewährte: setzte Verf., sobald die normale Quantität erreicht war, das Wasser aus, so trat sofort wieder Verringerung ein, um mit neuem Gebrauch wieder zu schwinden. Verf. empfiehlt also: 1. Bei allen Krankheiten, bei welchen erfahrungsgemäss Nephritis häufiger vorkommt, vor Allem auch bei Angina, acutem Gelenkrheumatismus und nach jedem Puerperium ist der Urin genau zu untersuchen. 2. Ist die Nephritis constatirt, so hat eine Messung des Eiweissgehaltes mit dem Albuminometer und eine genaue Messung der 24stündigen Harnmenge zu erfolgen. Sinkt diese, so muss Wildunger Wasser getrunken werden. 3. Bettruhe ist unbedingt einzuhalten, bis keine Spur von Eiweiss mehr vorhanden ist. 4. Die Diät besteht in Buttersemmel, Kaffee ohne Milch, schleimigen Suppen, Obst, Compot, entsprechenden süssen Speisen; dabei bestehen die Patienten 3—4 Wochen lang; erst dann bekommen sie Milch, später Fleisch. Von Arzneimitteln gibt Verf. nur am Schlusse der Krankheit bei stärkerer Anämie etwas Eisen. Bei Urämie widerräth er dringend das Pilocarpin; feuchtwarme Umschläge genügen; bei hochgradigem Anasarca sind ein oder mehr Einschnitte in die Unterschenkel unter Beobachtung von Reinlichkeit ohne Bedenken.

931. ***Ueber die Wirkung des Brillenschlangengiftes.*** *Von Dr. **E. Vollmer**. (Arch. f. experim. Path. und Pharm. Bd. XXXI. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 41.)*

Nach 16jähriger Aufbewahrungsdauer hatte das Gift der Cobra (Brillenschlange) weder an der Intensität, noch an der Art der Giftwirkung eine Einbusse erlitten. Die Hauptzeichen der Vergiftung durch Cobragift sind die schnelle Erregung und dann tödtliche Lähmung der Ausathmungscentren, Symptome, welche dem viel langsamer tödtenden Klapperschlangengifte ganz abgehen. Nach der Injection waren von dem Cobragift am Blut weder besondere morphologische Alterationen, noch intravitale Gerinnselbildungen zu erweisen. Auch das Herz wurde bei der Verdünnung, wie das Gift nach der Resorption im Blute und im Gewebswasser kreist, nur langsam und schwer angegriffen, auch bei zehn- und mehrfach letalen Dosen. Die auffallende Blutdrucksenkung beim Warmblüter nach der Injection des Cobragiftes bezieht Verf. auf eine Lähmung des peripheren vasomotorischen Apparates. Die peripheren motorischen Nervenendigungen im





Skeletmuskel erlitten im ungefähr gleichen Grade und Tempo wie das Rückenmark eine deutliche Herabsetzung ihrer Erregbarkeit. Dass diese gesammten Giftwirkungen nicht etwa die Folge von primären Blutveränderungen sein konnten, bewies Verf. durch Wiederholung der Experimente an Salzfröschen, d. h. bei solchen Fröschen, bei welchen das gerinnbare Blut durch 0·7%ige Kochsalzlösung ersetzt worden war, traten die gewöhnlichen Vergiftungserscheinungen gerade so auf, das Cobragift schädigt die erwähnten Theile des Nervensystems also direct.

932. ***Die Ausspülung des Verdauungscanales (Diaklysmos).*** *Von Prof. Dr. **A. v. Genersich.** (Orvosi Hetilap. 1893. — Pester med.-chir. Presse. 1893. 41.)*

Verf. hat sich durch Versuche an der Leiche überzeugt, dass eine Durchspülung des Verdauungscanales von oben her auf künstlichem, rein mechanischem Wege, das heisst ohne Mitwirkung der Darmmusculatur, nur bei Neugeborenen oder jungen Kindern, nicht aber bei Erwachsenen gelingt. Ein anderes ist das Resultat, wenn wir die Flüssigkeit mittelst eines in den Mastdarm geführten und festgebundenen Irrigators einlaufen lassen. Die Schlussfähigkeit der *Bauhin*'schen Darmklappe wird schon bei mässigem Ueberdruck überwunden, und Flüssigkeiten dringen in der Leiche aus dem in den After eingeführten und fest umschlossenen Irrigatorrohr bei einem Druck, der einer 70 bis 80 Cm. hohen Wassersäule entspricht, ganz leicht vom Mastdarm her in die Dünndärme und weiter hinauf. Der Rauminhalt des Verdauungscanales ist durchschnittlich so gross, dass zur vollständigen Anfüllung des Magens und Darmcanales beiläufig 8 bis 9 Liter Flüssigkeit erforderlich sind. Führt man also den Irrigator in den Mastdarm ein und umschliesst ihn dort oder bindet ihn ein und öffnet hierauf das Ventil, so dringt die eingelassene Flüssigkeit unter einem mässigen, höchstens einem Meter hohen Druck in den Dickdarm, füllt denselben aus, und sobald mehr als 3 Liter eingeflossen sind, gelangt sie mit leichter Ueberwindung der Klappe in den Dünndarm. Lässt man mehr als 6 Liter einfliessen, so füllt sich auch der Magen und bei fortgesetzter Irrigation beim 7., 8., höchstens 9. Liter, und falls der Magen- und Darmcanal schon früher mit reichlichem Inhalt gefüllt war, sieht man die Flüssigkeit bei Mund und Nase herausströmen und kann, falls man consequent weiter irrigirt, den ganzen Darmcanal nach Belieben rein waschen. Verf. hat sich überzeugt, dass diese Auswaschung (Diaklysmos) auch am lebenden Menschen möglich ist und bei „gehöriger Schonung und Zureden" ohne Schwierigkeit ausgeführt werden kann. Meist erfolgt schon vor oder beim 7. Liter reichliches Erbrechen und bei weiter fortgesetzter Irrigation wird bald auch die in den Mastdarm eingedrungene Flüssigkeit ausgeworfen, bis man die Eingiessung beendet, den After loslässt, worauf der Flüssigkeitsstrom auch von unten mit Gewalt herausstürzt. Auf diese Art kann man 10 und mehr Liter Flüssigkeit von unten nach oben durchtreiben, ohne dass der Patient erheblichen Schaden erleidet(!). Bei jungen Leuten und Kindern gelingt die Ausspülung viel leichter als beim Erwachsenen. Wenn nun der gesammte Verdauungscanal des normalen lebenden Menschen mittelst einer durch den Mastdarm eingeführten Flüssig-



keit vollständig und wiederholt ohne besondere Gefahren ausgewaschen werden kann, so taucht selbstverständlich die Frage auf, ob dies Verfahren nicht in Fällen verwerthbar sei, wenn eine beliebige todte oder lebende Noxe in den Verdauungscanal eingedrungen ist und die Gesundheit, das Leben bedroht. Die im Barackenspital gemachten, zwar wenig zahlreichen Versuche ergaben bis jetzt ein sehr günstiges Resultat. Eine 1—2%ige Tanninlösung in durchgekochtem und auf 37—40° C. erwärmtem Wasser wird bei circa 80—100 Cm. hohem Druck in den Mastdarm des Cholerakranken irrigirt und zugleich der After und die Ansatzröhre kräftig zusammengedrückt. Beim langsamem Eindringen der Flüssigkeit füllen sich die Gedärme, so dass der eingesunkene Bauch sich wölbt und stark gespannt erscheint. Wenn man nun, dem Stöhnen des Kranken entsprechend, den Strom zeitweilig für einen Augenblick unterbricht, so kann man doch bald wieder nachfliessen lassen; beim sachten Einströmen werden bald 5—6—7 Liter einlaufen; plötzlich bessert sich der schon fast unerträgliche Zustand des Behandelten, weil reichliches Erbrechen auftritt, welches sich rasch wiederholt; in Kurzem wird nur eingegossene Flüssigkeit ausgeworfen, wie sich mittelst des bereit gehaltenen Reagens (Liquor ferri sesquichlorati) leicht nachweisen lässt. Nachdem Verf. in dieser Art 7·5—8—9—10—15 und mehr Liter ein-, respective durchströmen liess und das Ansatzrohr des Irrigators entfernte, stürzte eine Masse Flüssigkeit auch von unten hinaus, nur 2—3 Liter bleiben zurück. Der verfallene, kühle asphyctische Patient erwärmt sich schon während des Diaklysmos, beginnt zu schwitzen, sein Puls wird wieder fühlbar und kräftiger und nach der Ausspülung bessert sich der Zustand des Kranken ganz auffällig, wenn auch nicht immer so weit, dass er gerettet genannt werden kann; sicher ist, dass Verf. durch kein Mittel eine so schnelle und constante Besserung erzielen konnte, als durch das beschriebene Verfahren. Die Ausspülung des Darmcanales kann 2—3- und mehrmal wiederholt werden, bis die Erscheinungen des Collaps schliesslich ganz schwinden, und die Heilung ist um so sicherer, je früher der Kranke dieser Behandlung unterzogen wird. Auch im Choleratyphoid kann diese Ausspülung mit Erfolg angewendet werden; der früher spärlich gelassene Urin wird literweise entleert, der comatöse Kranke lebt wieder auf. Verf. legt kein besonderes Gewicht darauf, dass die Irrigationsflüssigkeit eben 1—2%ige Tanninlösung oder irgend eine andere Säure sei: die Untersuchungen an der Leiche überzeugten ihn nämlich, dass jene Voraussetzung, dass der Mageninhalt der Cholerakranken alkalisch sei, falsch ist, im Gegentheil, er fand den Mageninhalt in der Regel sauer reagirend, ebenso auch den Inhalt des Duodenums, manchmal sogar den des oberen Theiles des Jejunums; ebenso wie bei beliebigen anderen Leichen und bei den an Choleratyphoid Verstorbenen reagirt manchmal sogar der gesammte Inhalt des Verdauungscanales mehr weniger sauer oder amphoter und der Betreffende fiel doch zum Opfer. Verf. ist der Meinung, dass eine physiologische (0·75%ige) Kochsalzlösung oder eine irgend beliebige indifferente (nicht giftige) Wasserlösung denselben Erfolg bieten wird. Verf. hält dafür, dass der Diaklysmos sich nicht nur



bei Cholerakranken, sondern auch bei vielen anderen acuten und chronischen Darmvergiftungen und Infectionen des Verdauungscanales erfolgreich erweisen wird.

---

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

933. ***Zwei Schultergelenksverrenkungen.*** *Von* ***Albert v. Hanno.*** *(Norsk Magazin. 1893. 10, pag. 998.)*

Das „Gesetz der Duplicität interessanter Fälle" machte sich bei zwei Cadetten der Kopenhagener Militärschule durch das im Zwischenraume von nur einem Tage folgende eigenthümliche Vorkommen an Oberarmverrenkungen bei den Schwimmübungen geltend. Beide sprangen bei Tauchübungen nicht mit vorschriftsmässig über den Kopf zusammengefaltenen, sondern mit in grösserem oder geringerem Abstand gehaltenen Händen, so dass die linke Handfläche mit Gewalt das Wasser traf, wonach unmittelbar Schulterschmerzen und Bewegungsunfähigkeit des Armes folgte. In dem einen Falle war eine Luxatio subcoracoidea vorhanden, in dem anderen handelte es sich um die von *Bardenheuer* beschriebene Luxatio horizontalis, wobei der Arm in stark abducirter, fast horizontaler Stellung, etwas nach aussen rotirt, und der Kopf unterhalb des Schlüsselbeins nach innen am Processus coracoideus sich befand. Ob die in der Anstalt üblichen täglichen Uebungen in der Gewehrgymnastik, wobei die Arme in starke Abduction kommen und die Gelenkskapsel stark gespannt wird, eine Prädisposition für die Zerreissung der letzteren gegeben haben, steht dahin. *Th. Husemann.*

934. ***Drei gynäkologische Fälle von Wundstarrkrampf.*** *Von* ***Meinert****, Dresden. (Arch. f. Gyn. Bd. XLIV, Heft 3, pag. 381.)*

Tetanus als Folgekrankheit einer vorangegangenen Geburt oder einer gynäkologischen Operation zählt bei uns im Gegensatze zu den Tropen, in denen es Tetanusepidemien und -Endemien gibt, zu den grossen Raritäten. Verf. beobachtete innerhalb 8 Monaten 3 solcher Fälle auf seiner Privatklinik. Der erste Fall betraf eine 30jährige Frau, die im dritten Monate abortirt hatte und wegen protrahirter Blutungen bei bereits vorhandenem Kinnbackenkrampf und Genickstarre in die Klinik kam. Die Kranke gab an, von ihrem rohen Gatten einen Fusstritt vor die nackte Scham wenige Tage nach Ausstossung des Ovums bei noch bestehender Blutung erhalten zu haben. Verf. meinte, der Uterus enthalte vielleicht ein Blutcoagulum oder einen Placentarrest, und dilatirte den Uterus, worauf er ihn antiseptisch ausspülte, wobei er sich eines *Bozeman*'schen Catheters alter Construction bediente. Der Uterus war aber leer. Die Kranke starb binnen 4 Tagen. Chloralhydrat und Antipyrin (bis zu 9·0 pro die subcutan injicirt) nützten nichts. Der Tod trat bei einer Temperatur von 43° ein. Im zweiten Falle handelt es sich um eine Frau, bei der wegen Corpuscarcinom der Uterus exstirpirt wurde, und die am 7. Tage post operationem tetanisch wurde. 3 Tage später trat der Tod ein. Die dritte Kranke war eine 30jährige Frau, bei der wegen

gonorrhoischer Infection eine beiderseitige Salpingo-Oophorectomie gemacht wurde. Am 6. Tage begann die Operirte zu fiebern. Wegen leichter Schwellung im Bereiche der Narbe wurde ein Nahtabscess supponirt. Am folgenden Tage trat Trismus und Schlundkrampf auf. Die Bauchnarbe wurde gespalten, worauf sich ein Eiterherd entleerte, trotzdem aber kam es 24 Stunden darauf zu Nackenmuskelkrampf. Verf. glaubte zur Lösung der Ligaturen schreiten zu müssen, und nahm daher eine Wiedereröffnung der Bauchhöhle vor. Er fand im Douglas etwa 200 Ccm. sanguinolenten geruchlosen Serums, aspirirte dieses und legte in die Bauchwunde ein Glasdrain ein. Am 13. Tage post operationem starb die Kranke. Verf. meinte, dass der Tetanus in den 2 letzten Fällen übertragen war, und zwar mittelst des *Bozeman*'schen Catheters, den er im ersten Falle benützte. Der Catheter wurde zwar gründlich ausgekocht und mit Carbol desinficirt, doch dürfte das Tetanusgift, welches ungemein widerstandsfähig, trotzdem nicht zerstört worden sein. Bezüglich der Aetiologie des Auftretens des Tetanus im ersten Falle kann sich Verf. nicht äussern.

*Kleinwächter.*

935. ***Mittheilungen zur Kropfexstirpation.*** *Von Dr. J. Wolff. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 41. — Centralbl. f. Chir. 1893. 41.)*

Die Mittheilungen des Verf.'s beziehen sich auf 3 Punkte, und zwar 1. auf die Frage von den Ursachen des während der Operation oder unmittelbar nach derselben eintretenden Kropftodes. 2. auf die Frage von dem nachträglichen Verhalten der nicht exstirpirten Kropfhälfte nach halbseitiger Exstirpation, 3. auf die Verwendung der methodischen Wundcompression bei der intracapsulären Exstirpation des Kropfes. Ad 1. meint Verf., dass die Ansammlung massenhaften Schleimes im Rachen, welcher durch Würgbewegungen der Patienten während der Narcose aus dem Magen hierher befördert wurde, häufig den plötzlichen Tod veranlassten. Zwei derartige Fälle theilt Verf. mit und führt auch einige Beispiele, die er auf diese Weise erklärt, aus der Literatur an. Wasserausspülungen bei hängendem Kopfe seien das anzuwendende Mittel. Dem Einwurfe, dass doch auch häufig bei anderen Operationen solche Zustände von Asphyxie eintreten müssten, versucht Verf. entgegenzuhalten, dass erst bei säbelscheidenartig verengter Luftröhre die Lebensgefahr einträte, während bei normaler eine Gefahr dadurch nicht herbeigeführt würde. Ad 2. Aus einer ganzen Anzahl halbseitiger Kropfexstirpationen hat Verf. die Anschauung gewonnen, dass nach einer regelrecht ausgeführten derartigen Operation unter keinen Umständen eine der Operation unmittelbar folgende compensatorische Hypertrophie der anderen Seite des Kropfes eintrete, dass im Gegentheil jedes Mal in unmittelbarer Folge dieser Operation ein mehr oder weniger vollständiger und mehr oder weniger lange andauernder Rückgang des Kropfrestes zur Beobachtung komme. Trotzdem sei es möglich, dass in dem zurückgebliebenen Theile des Kropfes sich nach dem vorübergehenden Rückgange ein neuer Kropf — ein Recidiv — entwickle. Vier derartige Fälle sind von Verf. mitgetheilt. Weiter theilt Verf. seine Ansicht bezüglich der Wechselwirkung zwischen



Luftröhrenenge und Kropfwachsthum mit: Es erzeuge der Kropf die Enge, und die einmal bestehende Enge bringe ihrerseits eine beständige Schwellung des Kropfes zu Wege. Da nun die Luftröhrenenge dadurch zu Stande komme, dass die Kapsel des Kropfes straff mit der Luftröhre verwachse und dieselbe gleich einem breiten würgenden Bande zusammenschnüre, so könne die durch die Enge bewirkte Schwellung des Kropfes nur beseitigt werden durch regelrechte Durchschneidung jenes würgenden Bandes, d. i. durch sorgfältiges Abpräpariren der Kropfkapsel von der Luftröhre. In je grösserer Breitenausdehnung man letztere von dem würgenden Bande befreie, um so sicherer befreie man den Kranken von der Schwellung des Kropfrestes und der Gefahr des Recidivs. Ad 3. kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die intracapsuläre Ausschälung der Kropfhälfte den Vorzug verdiene, weil die Methode unvergleichlich viel sicherer sei, alle Nebenverletzungen und deren schädliche Folgen vermieden werden könnten, und dass die so sehr gefürchteten technischen Schwierigkeiten der Operation in der überraschendsten Weise verringert werden.

936. ***Ueber die Intubation des Larynx als Mittel gegen das Einfliessen von Blut in die Respirationswege bei Operationen.*** *Von Prof.* ***Maydl.*** *(Wiener med. Wochenschr. 1893. 2. — Centralbl. f. d. ges. Therap. XI.)*

Um bei Operationen in der Mundhöhle die präparatorische Tracheotomie zu vermeiden, wendet Verf. ein Verfahren an, welches, dem *O'Dwyer*'schen der Intubation analog, ohne blutige Operation die Tamponade des Rachens gestattet, während die Luft durch den in den Larynx eingeführten Tubus einströmt, durch welchen auch die Narkose eingeleitet und während der Operation fortgesetzt werden kann. Der Kehlkopftubus trägt an seinem oberen Ende einen Kautschukschlauch, der, mit einem Trichter versehen, zur Einführung der Chloroformdämpfe dient. Zur Einführung des Rohres verwendet Verf. ein dem *O'Dwyer*'schen Introductor ähnliches Instrument. Ist das Instrument eingeführt und sitzt es correct, so kann der Rachen, Kehlkopf vollkommen durch die Tamponade verschlossen werden. Verf. legt auch besonderes Gewicht auf die Thatsache, dass auf diese Weise auch das Einfliessen von Blut in den Magen verhindert werden kann. In einem Falle liess Verf., um auch nach der Operation die Aspiration von Blut und Schleim zu verhindern, die Canüle durch 20 Stunden liegen, was gut vertragen wurde.

937. ***Ueber Fettembolie nach gewaltsamer Gelenkbeugung und zur Kenntniss der Entstehung von Enchondromen.*** *Von* ***Fritz Colley****, Marburg. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1893, Bd. XXXVI, 3 und 4, pag. 322.)*

Verf. berichtet die Krankengeschichte und den höchst interessanten makroskopischen und mikroskopischen Sectionsbefund einer 26jährigen Patientin, die in ihrem 15. Lebensjahr Rhachitis acquirirt hatte und bei welcher nach einem Brisement forcé der beiden steifen Knie nach 14 Stunden unter den Erscheinungen des Lungenödems der Tod eintrat. Die klinische Diagnose war mit hoher Wahrscheinlichkeit auf Fettembolie gestellt worden und wurde auch durch die Section als richtig bestätigt. Verf. stellt



diesen Fall von Fettembolie den früher in der Literatur mitgetheilten gegenüber, weil hier ohne irgend eine Knochenverletzung, einzig durch das Abreissen eines narbig mit dem Femur verbundenen, fettig entarteten Muskels, soviel Fett in den Kreislauf gelangt war, um den Tod herbeizuführen, und dass ferner durch Füllung der Herzcapillaren mit Fett schon innerhalb eines Zeitraumes von 14 Stunden eine acute Verfettung des Herzmuskels eingetreten war. Es resultirt aus dieser Mittheilung der Schluss. dass das Brisement forcé nicht als ein ganz harmloser Eingriff angesehen werden darf, wie das bisher geschehen ist, jedenfalls dann nicht, wenn Zerreissung eines durch Inactivität der fettigen Atrophie verfallenen Muskels, oder Infraction, respective Fractur eines in dem Zustande fettiger Osteoporose befindlichen Knochens in Frage steht. Zum Schluss gibt Verf. noch den Krankheits- und Sectionsbericht von einem Fall schwerer Tuberculose der rechten unteren Extremität, wo der Tod unter meningitischen Erscheinungen eingetreten war. Es fand sich bei der Section eine geringe Fettembolie der Lungen und eine hämorrhagische Pachymeningitis. die möglicherweise dadurch entstanden war, dass Fett in die äusserst feinen Gefässe gelangt und dadurch die Hämorrhagien bedingt worden waren.

938. ***Bretttharte Phlegmone (Phlegmons ligneux) in der Cervicalgegend.*** *Von* ***P. Reclus****. (Gaz. des hôp. 1893. 88. — Centralbl. f. Chir. 1893. 41.)*

Verf. berichtet über eine Form chronischer Halsphlegmone. die er bis jetzt in 3 Fällen beobachtete und von der er glaubt. dass sie bisher nicht beschrieben worden ist. Es handelte sich um meist ziemlich herabgekommene Männer im Alter von 50—80 Jahren. ohne Eiweiss und Zucker im Urin, überhaupt ohne constitutionelle Erkrankungen. Bei denselben entwickelte sich am Halse, bald vorn, bald an den Seiten, eine langsam sich ausbreitende brettharte Infiltration. Die Entwicklung der Affection war stets langsam, über Wochen sich hinziehend. Die Haut war weinroth oder bläulich verfärbt. Fieber und Schmerzen wurden nicht beobachtet. Das Ganze machte zuerst den Eindruck eines diffus sich entwickelnden Hautkrebses, fast wie der „Cancer en cuirasse“; nach 5—6 Wochen langer Dauer trat Oedem und Fluctuation auf, und es entleerte sich spontan oder nach einer Incision Eiter. In einem Falle kam es nicht zur Bildung von Eiter, da der Kranke plötzlich an Glottisödem zu Grunde ging; die Uebrigen wurden nach Entleerung des Eiters geheilt. Die Aetiologie der Affection ist noch unaufgeklärt. In dem letzten der Fälle liess Verf. in *Cornil's* Laboratorium eine bacteriologische Untersuchung des Eiters vornehmen. Es fanden sich nur spärliche Diplococcen und Kettencoccen darin vor. Culturversuche ergaben Colonien eines Mikroorganismus. der weder zu den Staphylococcen noch Streptococcen zu rechnen war. und über dessen Natur die Untersucher im Unklaren geblieben sind. Verf. findet, dass seine „bretttharte“ Phlegmone viel Aehnlichkeit mit den Formen der breiten, langsam sich ausbreitenden Carbunkel hat, will aber weitere Untersuchungen noch abwarten. Dem Ref. *Jaffé* (Hamburg) scheint, dass es sich nur um eine subacute Form der gewöhnlichen Phlegmone gehandelt hat, deren





protrahirter Verlauf durch Alter und Constitution der Kranken sich erklären lässt, und auf die übrigens schon *König* in seinem Lehrbuch hinweist.

939. ***Zur blutigen Erweiterung des Scheideneinganges während der Geburt.*** *Von Doc. Dr.* ***Felsenreich****, Wien. (Allg. Wiener med. Ztg. 1893. 29. — Der Frauenarzt. 1893. 10.)*

In seinem „Klinischen Vortrag über Episioplastik" (*Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 42) hatte *Küstner* mitgetheilt, dass er die Incisionen des Dammes während der Geburt seit mehr als 2 Jahren nicht mehr seitlich, sondern in die Raphe verlegt, ohne dass die dadurch entstandene Schnittwunde — ausser in höchst seltenen Fällen — weiter gerissen wäre. Dieser zuerst von *Michaelis* empfohlene, aber seither von allen Geburtshelfern wieder verlassene mediane Schnitt veranlasst Verf., die Frage zu erörtern, ob es praktisch ist, die Episiotomiewunde wieder für alle Fälle in die Medianlinie zu verlegen? Verf. hat selbst den Medianschnitt in 2 Fällen mit Erfolg ausgeführt, wo es sich um narbige Verwachsungen des Scheideneinganges handelte. Ebenso handelte er bei alten Erstgebärenden mit Oedem des Dammes, in Fällen, wo die centrale Ruptur schon drohte oder bereits begonnen hatte, endlich auch gelegentlich der Entfernung umfangreicher fibröser Uteruspolypen bei Virgines. Dagegen spricht sich Verf. gegen eine Verallgemeinerung des Medianschnittes aus, zumal für die Privatpraxis, wo die Pflege, speciell in Beziehung auf die Asepsis, meist unzuverlässiger ist als in gut geleiteten Kliniken. Hier sind grosse seitliche Incisionen vorzuziehen, an deren eventuelle unvollständige Heilung per primam nicht soviel gelegen ist, als bei den Medianwunden. Selbstredend müssen alle Incisionen sofort post partum durch die Naht vereinigt werden. Zur prophylactischen Reinigung der äusseren Genitalien lässt Verf. übrigens schon in den letzten 4 Wochen täglich 2mal systematische Seifenwaschungen der Vulva und des Dammes vornehmen, eine Anordnung, die er allen Geburtshelfern in das Inventar ihrer diätetischen Rathschläge aufzunehmen empfiehlt.

---

## Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

940. ***Ueber elektrolytische Behandlung der Leisten des Septum narium.*** *Von Dr.* ***Meyer****. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 22. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. 10.)*

Verf. hat bei 23 Patienten in 85 Sitzungen die elektrolytische Behandlung der Leisten des Septums mit günstigem Erfolge durchgeführt. Die Anwendung geschah mittelst einer Doppelnadel mit Platiniridiumspitzen als Elektrode und wurde der Strom einer *Hirschman*'schen Batterie, welche mit Galvanometer, Stromwender und Rheostaten versehen war, verwendet. Die Doppelnadel wurde bei unterbrochenem Strom möglichst nahe an der Basis in die Leiste eingestochen und mittelst Rheostaten der Strom langsam einschleichen gelassen. Während der Dauer der Sitzung wurde die Nadel nach hinten vorgestossen, um die Zerstörung auf ein grösseres Gebiet auszudehnen. Nach höchstens 10 Minuten wurde der Strom





mittelst Rheostaten ausgeschaltet. Die Intensität des angewandten Stromes war 14—30 Milliampères, doch räth Verf., nicht über 20 Milliampères zu steigen. Die Sitzungen folgen einander je nach Abstossung des Schorfes in verschiedenen Zwischenräumen. Vor der Anwendung des Stromes empfiehlt Verf. zwei Theilstriche einer 20%igen Cocainlösung submucös auf 2—3 Stellen vertheilt in die Leiste zu injiciren. Eine Nachbehandlung ist nie nothwendig. Da keine reactive Schwellung eintritt und eine Verletzung der lateralen Theile der Nase ausgeschlossen ist, kann der Patient gleich nach der Sitzung auf 8—14 Tage entlassen werden. Darin liegt eine der Hauptvorzüge der Elektrolyse gegenüber allen anderen Operationsmethoden. Die Behandlungsdauer betrug 16 Tage bis 3½ Monate. Verf. empfiehlt die bipolare Anwendung vor der monopolaren als weniger schmerzhaft und von intensiverer Wirkung.

941. ***Zur Behandlung des Soors in der Speiseröhre und im Magen.*** *Von Dr. **Aufrecht,** Oberarzt im Krankenhause Magdeburg-Altstadt. (Therap. Monatsh. 1893. August. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 83.)*

Verf. hat vor mehreren Jahren in einer Familie bei zwei Mitgliedern, welche am Abdominaltyphus erkrankt waren, schon in den ersten Tagen dieser Krankheit Soor auftreten sehen, welcher sich von Anfang an bis in die Speiseröhre und in den Magen hinein erstreckte; eine der beiden Patientinnen erbrach sogar reichliche Soormassen. In der Ueberzeugung, dass damit eine gefahrdrohende Complication gegeben sei, schritt Verf. zur internen Application eines an und für sich indifferenten Mittels; er gab von einer 3%igen Lösung Natron biboracicum zweistündlich einen Esslöffel und erzielte damit den Erfolg, dass schon nach wenigen Tagen der Soor vollständig geschwunden war. Seither hat Verf. nur noch einmal im Beginne des Abdominaltyphus Soor auftreten sehen. Die gleiche Medication brachte auch diesen zum Schwinden. Weiterhin hat Verf. das Mittel bei älteren Leuten angewendet, wenn wegen Schlingbeschwerden oder aus der Klage über Brennen im Magen ein Fortschreiten des im Munde sichtbaren Soors zu erschliessen war. Verf. hat von der angegebenen Lösung auch schon stündlich einen Esslöffel nehmen lassen, bis zum vollständigen Nachlass der genannten Beschwerden, welcher nach 1—2 Tagen eintrat. Irgend welche störenden Nebenerscheinungen hat er bei 4—5tägigem Gebrauche nicht gesehen, auch dann nicht, wenn nach ein- bis zweitägigem Aussetzen die Verabfolgung wiederholt wurde.

942. ***Ueber einen eigenthümlichen Fall von Conjunctivitis membranosa.*** *Von Dr. **Bronner.** Vortrag in der Ophthalmological Society zu London am 4. Mai 1893. (Allg. med. Central-Ztg. 1893. 83.)*

Verf. berichtet über einen eigenthümlichen Fall von Conjunctivitis membranosa bei einem 43jährigen Mann, der an wiederholten Anfällen von Iritis litt. Nach einem neuen Anfalle wurden die Lider des rechten Auges geschwollen und entzündet und zeigten einen schleimig-eiterigen Ausfluss. Als Verf. den Patienten wiedersah, bestand eine dicke, grauweisse Membran auf der conjunctivalen Oberfläche beider Lider, die Membran war nicht mit dem Augapfel verwachsen, bildete aber einen Sack, der



vorne den Augapfel bedeckte und die Lidspalte schloss. Beim Eröffnen der Membran entleerte sich dicke gelbliche Flüssigkeit. Das Abtrennen der Membran von den Lidern verursachte Blutung. Die Conjunctiva des Augapfels war roth und geschwollen, ausserdem bestand ein peripher gelegenes Geschwür der Cornea. Wiederwachsen der Membran nach Entfernung wurde durch Application von Arg. nitricum auf die Conjunctiva verhindert. Die Cornea-ulceration wurde erfolgreich mittelst Galvanocauters behandelt. Die Anamnese ergab durchaus keinen Anhalt für die Annahme einer specifischen infectiösen Erkrankung, auch waren Mikroorganismen in der Membran nicht zu finden.

943. ***Zustand der Nase bei Typhus.*** *Von Dr. **Paul Tissier.** (Annal. des malad. de l'oreille et du larynx. 1893. 3. — **Monatsschr. f. Ohrenhk.** 1893. 9.)*

Bisher wenig beachtet, während doch schon das pathognomonische Nasenbluten an typische Veränderungen denken lässt. Im Anfangsstadium ist die Mucosa blass und in allen Fällen sehr trocken bis zur Convalescenz hin; nie wird die von *Guéneau de Mussy* erwähnte Röthung bemerkt; Coryza besteht nie in diesem Anfangsstadium und die Nase ist nie verstopft, trotzdem dass Mundathmen besteht. Auf der Schleimhaut, und namentlich am vorderen Theile des Septum, bemerkt man Niederschläge von weissem, pulverförmigem Exsudat. Die Blutung in dieser ersten Periode kommt immer aus einer am vorderen Theile des Septum gelegenen Erosion. Verf. nimmt diese Erosionen, ähnlich den Darmgeschwüren, als specifisch an; an dieser Septumstelle sind die Capillaren ectatisch, der Luftstrom stösst hier direct an, hier findet das Trauma mittelst Fingernägel und Nasentuch statt; diese Erosionen, wenn Verf. sie auch als specifisch ansieht, sind deshalb noch nicht echt typhös, denn man sieht eben dieselben bei manchen Pneumonien. Jedenfalls spielt die Blutdyscrasie eine Hauptrolle bei den Nasenblutungen. Die Perforation der Nasenscheidewand kommt selten vor; sie sitzt immer an der bezeichneten Stelle; man behandelt selbe am besten mit Borvaseline.

944. ***Ein Fall von erworbener Taubstummheit mit Section.*** *Von Dr. **P. C. Larsen** und Dr. **Holger Mygind.** (Arch. f. Ohrenhk. Bd. XXX. — **Monatsschr. f. Ohrenhk.** 1893. 9.)*

Es handelte sich um einen 27jährigen Taubstummen, der sein Leiden im Alter von $2^1/_2$ Jahren acquirirt hatte, offenbar nach Gehirnentzündung. Die Schläfebeine zeigten bei der Untersuchung beiderseits fast gleiche Verhältnisse: Gehörgang, Trommelfell und Paukenhöhle boten nichts Abnormes, erst an der Fenestra ovalis begannen die pathologischen Veränderungen. Die Basis stapedis fehlte, die Crura endeten frei neben der stark verengten Fenestra ovalis. Die Fen. rotunda zeigte vollkommenen knöchernen Verschluss. Von den Canales semicirculares war keine Spur zu entdecken, die Höhle des Vestibulum war bedeutend verengt, ohne einen Rest des membranösen Inhaltes, die Schnecke zeigte sich nur in der ersten Windung angedeutet, ihre Hohlräume waren aber von sclerotischer Knochenmasse ausgefüllt. Der innere Gehörgang war normal, bis auf das gänzliche Fehlen der Maculae cribr. inf. et mediae. Die Hörnerven waren sehr verdünnt, die





N. vestibuli war zu einem zarten, bindegewebigen Faden geschrumpft; im N. acusticus ward starke Bindegewebsentwicklung und fast vollständige Atrophie der Nervenfasern constatirt. Zusammengehalten mit der Anamnese, derzufolge das Kind sein Gehör erst nach der Krankheit verlor, glauben die Verff. die vorliegenden Veränderungen als einen Beweis dafür auffassen zu dürfen, dass postfötal auftretende Entzündungsprocesse an dem inneren Ohre vollständig localisirt verlaufen können, ohne das Mittelohr nachweisbar zu ergreifen. Die theilweise Atrophie des N. acusticus fassen die Autoren als die Folge einer vom Labyrinth ausgehenden secundären Degeneration, die bei der Untersuchung des Gehirnes gefundene erhebliche Abflachung der dritten linken Frontalwindung als Inactivitätsatrophie in Folge der Stummheit auf.

---

# Dermatologie und Syphilis.

945. ***Ueber die locale Behandlung der Brandwunden.*** *Von Dr. T. Faytt. (Gaz. lekarska. 1893. 6. — Centralbl. f. Chir. 1893. 36.)*

Verf. empfiehlt folgendes Verfahren bei Brandwunden: Unmittelbar nach dem Unfalle bis zu dem Augenblicke, wo die abgehobene Epidermis oder die necrotischen Gewebspartien entfernt werden können, werden feuchte Umschläge aus Aqua Goulardi. Sublimat oder Salicyllösung applicirt. Mit dem Momente, wo die Wunde zu granuliren beginnt, wird dieselbe in ihrer ganzen Ausdehnung entweder mit einem grossen oder mehreren kleinen Stücken Silk protectiv bedeckt. Dieselben dürfen die Wundränder nicht überragen und bei Verwendung mehrerer Stücke einander auch nicht dachziegelförmig bedecken. Ueber das Ganze kommt ein gewöhnlicher antiseptischer Verband. Die Vorzüge des Verfahrens erblickt Verf. darin, dass das Wundsecret an dem glatten Silk leicht bis an die Wundränder gelangt und dort vom Verbande aufgesaugt wird. der Verband an die Wundfläche nicht anklebt und mehrere Tage belassen werden kann. Die Schmerzen sollen bei dieser Behandlungsart gering sein oder ganz schwinden und die Narben eine minimale Tendenz zur Retraction zeigen.

946. ***Ueber die ungewöhnlicheren Haftstellen der Syphilis.*** *Von Dr. Waldemar Peter, Assistenzarzt an Dr. Lassar's Klinik. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 30. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 77.)*

Es gilt mit Recht für eine Ausnahme, dass die Syphilis anders, als, sei es direct oder indirect (d. h. auf dem Wege der Befruchtung), durch den Beischlaf zur Uebertragung gelangt. Trotzdem erscheint es gewiss geboten, immer von Neuem darauf hinzuweisen, dass die Syphilis in Bezug auf ihre Anfangserscheinungen die verschiedensten Angriffspunkte besitzt. Initialaffecte an ungewöhnlichen Orten gehören zu den durchaus nicht seltenen Erscheinungen. So kamen im Verlaufe des Jahres 1892 in der öffentlichen Sprechstunde des Dr. *Lassar* nicht weniger als 24 einschlägige Fälle zur Beobachtung. Eine derartige Beobachtung



fordert auf, die Wachsamkeit der Aerzte auf die Gefahr zu lenken, welche die Syphilitischen für ihre Familie und für die Gesellschaft in sich bergen. So sind von den beobachteten Fällen nur zwei Mundschanker durch perverse Sexualbefriedigung entstanden, alle anderen lassen sich theils auf Küsse, theils auf Infection beim Rasiren oder auf zufällige Wunden, die durch das syphilitische Gift erkrankter Familienmitglieder verunreinigt wurden, zurückführen. Auf diese Weise syphilitisch erkrankt fanden sich 13 Männer, 8 Frauen, 3 Kinder, und zwar sass der Primäraffect an der Unterlippe achtmal, an der Oberlippe viermal, am Kinn dreimal, am Finger dreimal, ferner je einmal an Wange, Hals, oberem Augenlid, Tonsille und Zungenbändchen. Dazu kommt eine Sclerose auf dem rechten, grossen Labium eines 11 Monate alten Kindes, hinsichtlich dessen sich feststellen liess, dass der mit florider Syphilis behaftete Vater die Windeln des Kindes bei der Reinigung seines Genitalgeschwürs benutzt hatte.

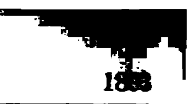
947. ***Ueber intraurethrale Sclerose.*** *Von Dr.* ***Georg Berg****, Mühlhausen i. E. (Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. XV. Heft 1. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 77.)*

Ein junger Mann consultirte den Verf. am 12. Januar wegen einer acuten Gonorrhoe, die er acht Tage vorher acquirirt zu haben glaubte. Der eiterig-seröse Ausfluss enthielt reichlich Gonococcen. Am 30. Januar zeigte sich eine schmale dunkle Röthung um das Orificium externum urethrae und bei der Palpation des Gliedes fiel hinter der Gegend der Fossa navicularis eine Resistenz auf, welche den Eindruck eines in der Harnröhre steckenden Fremdkörpers machte. Die später vorgenommene endoskopische Untersuchung bestätigte den Verdacht, dass es sich um eine Sclerose handle; die Schleimhaut der unteren Urethralwand fand sich 3 Cm. vom Orificium externum entfernt in einer Breite von 1 Cm. exulcerirt, die Umgebung des Geschwürs schien stark infiltrirt. Die Gonococcen waren inzwischen unter Einspritzungen einer Höllensteinlösung 1:300 aus dem Ausflusse schon verschwunden. Am 25. Februar wurde Drüsenschwellung, am 5. März eine weit ausgebreitete Roseola constatirt. Unter einer Schmiercur verloren sich bald alle Erscheinungen, auch der letzte Rest des Harnröhrenausflusses. — Ob die Gonorrhoe und die Syphilis durch denselben Coitus erworben worden waren, liess sich nicht mit Sicherheit feststellen.

948. ***Diabetes insipidus syphilitischen Ursprunges.*** *Von* ***Scurouktchi****, Charkow. (Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893, Heft 6, pag. 1001.)*

Der Kranke des Verf.'s, welcher vor 7 Monaten (5 Wochen nach dem letzten Coitus) einen Schanker gehabt hatte, leidet seit einem Monat an heftigem Durst, Heisshunger, Abmagerung, starken, besonders Nachts auftretenden Kopfschmerzen und vermehrter Harnsecretion. Der Urin zeigt ein specifisches Gewicht von 1004, enthält weder Albumen, noch Zucker, die 24stündige Menge beträgt 6000 Ccm. Trotz der Anamnese und einer universellen Scleradenitis wurde zunächst keine specifische Therapie, sondern nur Opium und Antipyrin angewendet, bis nach einem Monat sich Plaques im Munde zeigten. Eine nun begonnene anti-





syphilitische Behandlung (2·0 graue Salbe und 1·5 Jodkali pro die) hatte nach 30 Tagen völlige Heilung zur Folge. Verf. glaubt, dass es sich sicher hier um eine durch die Syphilis veranlasste organische Störung am Boden des 4. Ventrikels, etwa um eine Endarteriitis, gehandelt habe, und räth, unter den Ursachen des Diabetes insipidus die Syphilis nicht zu vergessen.

949. ***Die syphilitische Verengerung der Trachea.*** *Von **A. Castex.** (La France méd. 1892. 36. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Heft 6.)*

Nach Verf. gehört die verhältnissmässig seltene syphilitische Verengerung der Trachea der Tertiärperiode an, nur ein Fall von *Preugruber* ist bekannt, in dem 9 Monate nach der Infection eine Tracheaverengerung entstand, und sitzt meist in dem unteren Theil der Luftröhre. Die Ursache der Erkrankung sind Gummen, welche, in Vernarbung übergehend, entweder nur die Mucosa oder die ganze Trachea in ihrer ganzen Dicke alteriren und deren Längsdurchmesser entweder vertical oder sagittal gerichtet ist. Die Folge dieser Strictur ist oft eine Erweiterung ober und unterhalb der stricturirten Stelle, ja selbst der Bronchien. Die Symptome bestehen in Bronchitis, erschwerter Inspiration, später besonders bei Nacht auftretender Athemnoth und Erstickungsanfällen, bei denen der Exitus früher oder später eintritt. Die Stimme ist meist frei und klar. Die physikalische Untersuchung ergibt Rasselgeräusche, die Untersuchung des Cor Ueberladung des venösen Kreislaufes. Von Complicationen erwähnt Verf. Bronchitis, Phthise und Bronchopneumonie, endlich Aneurysmen der Aorta, wenn auch deren Wand von dem luetischen Process ergriffen wird. Die Diagnose ist meist auf den circumscripten Schmerz in der Trachea hin und per exclusionem zu stellen. Differentialdiagnostisch kommen Aortenaneurysmen, Mediastinaltumoren, Herz- und Lungenkrankheiten, Tracheacarcinom, Tuberculose in Betracht. Was die Prognose anbelange, so sei dieselbe selbstverständlich eine ernste, in der Mehrzahl der Fälle eine infauste. Die Therapie bestehe in möglichst energischer Hg- und Jodkalibehandlung, combinirt mit mechanischer Erweiterung der Strictur.

---

# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

950. ***Ein Fall von Makroglossie mikroskopisch untersucht.*** *Von **Friedrich Dahl,** Kopenhagen. (Nordiskt med. Ark. 1893. 2.)*

*Virchow* war der Erste, welcher auf die zahlreichen Hohlräume und Spalten in der vergrösserten Zunge hinwies und die Makroglossie, gestützt auf die von ihm gefundene bedeutende Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes, als Elephantiasis auffasste, während man früher das Leiden wesentlich auf Muskelhypertrophie beruhend betrachtete. *Wegner* beobachtete zuerst eine Communication zwischen Blut- und Lymphgefässen und unterschied



diese Form der Makroglossie als Haematolymphangioma mixtum von anderen Formen, die er einfach als Lymphangiome betrachtet. Auch Verf. fand in einem Kopenhagener Falle ausser den Lymphgefässerweiterungen Communicationen mit dilatirten Venen und Blutcapillaren, doch konnte er keine Lymphgefässneubildung constatiren, so dass er die Bezeichnung „Haemolymphangiectasia anastomotica“ vorzieht. Ob die Lymphgefässerweiterung das Primäre ist, hervorgerufen durch Verschliessung der grossen Lymphcanäle an der Zungenwurzel, lässt sich nicht entscheiden; jedenfalls war in Verf.'s Falle interstitielle Glossitis so ausgesprochen, dass die nachfolgende Retraction des Bindegewebes recht wohl die Ursache der Lymphstase gewesen sein kann.

*Th. Husemann.*

951. ***Beiträge zur Kenntniss der Papayaverdauung des Fibrins und besonders der hierbei beobachtbaren intramediären Globulinbildung.*** *Von Docent Dr.* ***Aug. Hirschler,*** *Budapest. Aus dem Laboratorium der ersten med. Klinik zu Budapest. (Ungar. Arch. f. Med. Bd. I. Heft 5 u. 6.)*

Das Papayotin entstammt der in Südamerika heimischen Carica papaya; es ist ein Ferment, welches die Eigenschaft hat, Eiweisssubstanzen zu verdauen. Der Verf. konnte constatiren, dass durch schwache Ansäuerung der Papayasaftlösung die Verdauung befördert, durch schwache Alkalisirung unterdrückt wird. Das Optimum der Papayaverdauung liegt bei 0·5 $^0/_{00}$ Salzsäure. Die Verdauung in alkalischen Flüssigkeiten ist sehr schwach und oberhalb 0·25 $^0/_{00}$ Natriumhydroxyd kaum mehr merklich. Als intermediäres Verdauungsproduct findet sich Globulin, dessen Bildung einen verschiedenen Verlauf hat; je nachdem man die Verdauung schnell zu Ende führt oder das Fibrin einer protrahirten Verdauung unterwirft. In neutralen oder schwachsauren Lösungen konnte bei der Papayaverdauung des Fibrins nach $^1/_2$ oder 1 Stunde eine eminente Globulinreaction erzielt werden. Nach 4 Stunden war sie bereits schwächer, nach 6 Stunden kaum mehr merklich. Der Coagulationspunkt des Globulins zeigt je nach der Concentration der Salzlösung wesentliche Schwankungen. Aus seinen diesbezüglichen Untersuchungen zieht der Verf. den allgemeinen Schluss, dass auf die Trübung und Coagulation von Eiweisslösungen bezügliche und ohne eine genaue Kenntniss des Salzgehaltes der Lösung gewonnene Angaben noch kein Recht dazu geben, diese oder jene Eiweissverbindung als selbstständiges Individuum zu betrachten. Man muss vielmehr früher das Verhalten der betreffenden Eiweissverbindung bei wechselnder Concentration und wechselndem Salzgehalte ihrer Lösung zum Gegenstand der Beobachtung machen. Dr. *Hertzka,* Carlsbad.

952. ***Zur Entstehung der Fragmentatio myocardii.*** *Von Prof. Dr.* ***C. Israel.*** *(Virchow's Archiv. Bd. CXXXIII. — Münchener med. Wochenschr. 1893. 41.)*

Die Lockerung und Trennung der Elemente des Myocards, eine für die Herzfunction unter Umständen hochwichtige pathologische Veränderung, erfolgt nicht blos an der Stelle der sogenannten Kittleisten, sondern auch in der Continuität der Bildungszellen; weiter ist die Fragmentation nicht nur eine Trennung des

Zusammenhanges in der Querrichtung der Primitivbündel, sondern es befinden sich oft auch die secundären Bündel in einem Zustande auffälliger Lockerung. Als Ursache dieser Fragmentatio werden von den Autoren mechanische Momente als durchaus naheliegend anerkannt. Einfache mechanische Ausdehnung nun führt niemals zur Fragmentatio von der Art der in Frage stehenden Zergliederung, sondern zur Zerreissung. Gleichwohl ist die Betheiligung mechanisch wirkender Factoren ausser Zweifel, einmal weil die Herzen mit fraglicher Veränderung stets mehr oder weniger dilatirt erscheinen, dann spricht dafür die vorzugsweise Localisation an den Trabekeln und Papillarmuskeln des linken Ventrikels, in welchen die Veränderung, wenn überhaupt vorhanden, regelmässig gefunden wird. Letzteres hat seinen Grund in dem geringen Cohäsionscoefficienten der contractilen Substanz der Papillarmuskeln wegen Fehlen diagonal verlaufender Muskelbündel in den Papillarmuskeln. Endlich findet man bei fibröser interstitieller Myocarditis in Gebieten fragmentirter Musculatur die an die fibrösen Bündel anstossenden Primitivbündel auffallend unversehrt, was auf Schutz der contractilen Substanz gegen Dehnung durch die widerstandsfähigere Bindegewebsumgebung deutet. Neben dem mechanischen Factor aber ist für das Zustandekommen der Fragmentatio eine Schwächung des Zusammenhanges der Muskelelemente nöthig und stets vorhanden. Auf eine solche Abweichung deutet die Pigmentatrophie und besonders die Fettmetamorphose. Eine gegen das mittlere Mass erhöhte Arbeitsbelastung des Herzens führt in den im regulären Zusammenhang geschwächten Primitivbündeln zur Fragmentatio. Für diese kommt also in gleichem Masse Gelegenheitsursache und histologische Beschaffenheit der Musculatur in Betracht.

953. ***Ueber Localreaction in Folge hypodermatischer Einverleibung chemischer Verbindungen.*** *Von Dr. E. Spiegler. Aus der dermat. Universitätsklinik von Prof. Kaposi in Wien. — (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 36. — Deutsche med. Ztg. 1893. 83.)*

Bekanntlich veranlasst das Tuberculin, an einem entfernten Orte des Körpers einer Lupuskranken in die Blutbahn gebracht, unter stürmischen Allgemeinerscheinungen eine intensive Entzündung im Lupusgewebe, die zu theilweiser Involution desselben führt; man schloss daraus auf eine specifische Wirkung des Tuberculins gegenüber dem Lupus. Später hat man aber ähnliche Erscheinungen auch nach der Einverleibung anderer Stoffe in den Körper von Lupuskranken beobachtet und Verf. hat daher eine Reihe von chemischen Substanzen daraufhin einer Prüfung unterzogen und Lupuskranke mit Injection folgender Mittel behandelt: Thiophen, Benzol, Sulphoharnstoff, Sulphoäthylharnstoff, Aceton, Propylamin, Trimethylamin, Allylamin, Taurin, Cadaverin. Diese Körper gehören den verschiedenartigsten chemischen Typen an, zwischen denen die Synthese nur auf den grössten Umwegen eine Verbindung herzustellen vermöchte. Aus den angestellten Untersuchungen ging nun hervor, dass man von der Ansicht abgehen müsse, einzelnen bestimmten Körpern einen specifischen Einfluss auf erkrankte Gewebe zuzuschreiben; die Sache verhält sich nach Verf. vielmehr so, dass eine unbegrenzte Zahl von



Körpern mit den verschiedenartigsten chemischen Constitutionen gleichartige oder ähnliche Wirkung bei dieser Anwendungsweise hervorbringen. Was die Localreaction betrifft, so handelt es sich um eine „Schädlichkeit", der die im Jugendzustande befindlichen Gewebe durch die Circulation der injicirten Verbindungen in den Blut- und Lymphbahnen ausgesetzt sind und auf welche dieselben weit eher reagiren, als die alten fixen Gewebe, und so erscheint die Wirkung aller Körper, welche in diesem Sinne wirken, auf ein gemeinsames Princip — die Reizung durch ihre Circulation in dem erkrankten Gewebe — zurückgeführt. „Sollte daher noch fernerhin über chemische Verbindungen oder sonstige Gemenge berichtet werden, welche dieselbe Reaction mit grösserer oder geringerer Intensität erzeugen" — so schliesst Verf. —, „so ist das selbstverständlich bei der grossen Zahl von organischen und, wie es scheint, auch anorganischen Typen und ihrer Derivate, unter denen in dieser Richtung speciell den Aminen, deren viele Tausende Millionen theoretisch möglich und auch praktisch darstellbar sind, eine besondere Wirkung innezuwohnen scheint."

954. ***Ueber die Zuckerumsetzung im menschlichen Blute ausserhalb des Gefässsystems.*** *Von Prof. **Kraus**. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. XXI, Heft 3 u. 4.)*

Bezüglich der Vorgänge, durch welche eine Umwandlung der Kohlehydrate im Blute geschieht, ist bekanntlich eine diastatische und eine glycolytische Wirkung zu unterscheiden, von denen insbesondere die zweitgenannte eine hervorragende Bedeutung gewonnen hat. Den durch Abtragung des Pancreas experimentell hervorrufbaren Diabetes, welchen *v. Mering* und *Minkowski* auf Unterdrückung einer die Verbrennung der resorbirten und der aus Eiweiss abgespaltenen Kohlehydrate regulirenden Function dieser Drüse bezogen hatten, erklärte *Lépine* in einer Reihe von Arbeiten durch Abwesenheit genügender Mengen eines glycolytischen Enzyms im Blute. Nach *Lépine* wäre die Zuckerumsetzung im Blute als normaler Lebensvorgang aufzufassen; das die Glycose bedingende lösliche Ferment würde aus dem als Blutdrüse gedachten Pancreas auf dem Pfortader- und Lymphwege zugeführt. Auch für alle untersuchten Fälle von Zuckerharnruhr des Menschen, fur jede Art der Hyperglycämie, selbst für die transitorische Glycurie nimmt *Lépine* eine Verminderung des glycolytischen Vermögens des Blutes an. Sogar als diagnostisches Moment von grossem Gewichte wird demgemäss die herabgesetzte Glycolyse hingestellt. Gegen diese Anschauung ist von *Minkowski* u. A. Verwahrung eingelegt worden; zur Aufklärung der strittigen Fragen verfolgte Verf. den Zweck, einige Bedingungen der Umsetzung der Glycose im Blute, insoweit dieselbe ausserhalb des Gefässsystems erfolgt, und mit ausschliesslicher Berücksichtigung des menschlichen Blutes, festzustellen. I. Versuch einer Messung der glycolytischen Kraft durch die bei der Glycolyse aus dem Zucker abgespaltene Kohlensäure. Es gelang dem Verf. durch eine neue Versuchsanordnung, deren Einzelheiten im Original nachgelesen werden müssen, festzustellen, dass die Glycolyse im Blute ausserhalb des Gefässapparates unter Abspaltung von Kohlensäure erfolgt. Das glycolytische Vermögen schwankt abhängig von Bedingungen, welche



wir nicht übersehen; es kann auch unter normalen Verhältnissen sehr gering sein. II. Ist das glycolytische Vermögen des Blutes diabetischer Menschen herabgesetzt? Die Untersuchungen an sieben Diabetikern, welche ganz in derselben Weise, wie die Versuche mit dem Blute normaler Menschen gemacht wurden, ergaben auch ganz dasselbe Resultat. Die Kohlensäurewerthe schwankten innerhalb derselben Grenzen, und zwar sowohl in Fällen mit Säureintoxication, wie auch in anderen schweren Fällen ohne Säureintoxication. Wenn sich also ergeben hat, dass die Zuckerumsetzung im Blute, mag es den Gefässen gesunder oder Zuckerharnruhrkranker entnommen worden sein, in derselben Weise, beziehungsweise in demselben Umfange abläuft, so entfallen damit alle anderen Annahmen, welche *Lépine* auf das vermeintliche Fehlen des glycolytischen Fermentes im Blute der Diabetiker hinsichtlich der Theorie dieser Stoffwechselkrankheit aufgebaut hat.

---

# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

955. ***Zur Frage der Bekämpfung der Gefahren für das Leben und die Gesundheit in Gewerbebetrieben.*** *Bericht der k. k. Gewerbeinspectoren über ihre Amtsthätigkeit im Jahre 1892. Wien 1893.*

I. Bei der Arbeiterschaft einer Quarzstampfe traten in Folge des beim Pochen des Quarzes entstehenden schädlichen Staubes ganz unverhältnissmässig viele Erkrankungen der Lunge und des Kehlkopfes auf. In einer Eisenwaarenfabrik wurde die Art des Vergoldens mittelst Bronzepulvers, dessen Auftragen auf die Eisengusswaaren unter starker Staubentwicklung erfolgt, im Hinblicke auf den sehr grossen Gehalt der Bronzefarben an Kupfer als gesundheitsschädlich erkannt und eine Aenderung in diesem Verfahren, beziehungsweise ein entsprechender Schutz der Arbeiter angeregt. Blatternkrankheiten waren bei Arbeiterinnen zu verzeichnen, welche mit dem Flicken zerrissener Cementsäcke, dann solchen, welche im Sortirsaale einer Kunstwollfabrik beschäftigt waren. Bei 7 grossen Hadernsammlereien ist es nach langem Bemühen endlich dahin gebracht worden, dass das Zerkleinern der Hadern nicht mehr auf dem Schosse der sitzenden Arbeiterinnen geschieht, dass diese alle mit Arbeiterblousen, beziehungsweise mit grossen Zwilchschürzen bekleidet sind und dass entsprechendes Waschgeräth vorhanden ist; dass von letzterem auch regelmässig der vorgeschriebene Gebrauch gemacht wird, ist leider zu bezweifeln. Alle neuen derartigen Betriebe bedienen sich zum Sortiren und Zerkleinern der Hadern viereckiger Tische mit eingesetzter Drahtgeflechtplatte, unter welcher sich eine geschlossene Schublade befindet, die Abends ausgeräumt wird; bei den von früher her bestehenden Betrieben fällt der auf dem Drahtgeflechte sich ablagernde Schmutz in ein darunter aufgespanntes Tuch. Bei allen Sammlereien wird der angesammelte Hadernstaub wenigstens einmal in der Woche der Verbrennung zugeführt. Ueberall stehende Schneidmesser einzuführen, war bei der sich hiergegen



zeigenden, vorläufig unüberwindlichen Abneigung der Arbeiterinnen noch nicht möglich; desgleichen ebensowenig das Füllen der Säcke mittelst Pressen. In einigen Sammlereien steht die Presse in einer Ecke, die Hadern werden aber nach wie vor mit den Füssen in die Säcke eingetreten. In den Knochensammlereien wird wenigstens dreimal pro Woche mit Kalkmilch oder Carbolwasser desinficirt. In einer Knochenmehl- und Kunstdüngerfabrik waren die Arbeitsräume so mit Knochenstaub angefüllt, dass beim Betreten derselben der Athem stockte. Die Rohknochenlager verbreiteten einen derartig üblen Geruch, dass die Anrainer und die Gemeinde selbst wiederholt dagegen Einsprache erhoben, worauf die Unternehmung amtlich gesperrt wurde. Die vielfachen Commissionen in den Cichorien- und Rübendarren haben neuerlich die Nothwendigkeit der Durchführung von Vorkehrungen zur Abwendung der die Gesundheit der Arbeiter arg schädigenden Wirkungen der Rauchgase erwiesen. Bemerkt muss aber werden, dass die in den Darrräumen Arbeitenden nicht so durch die Rauchgase belästigt werden wie jene, die auf dem obersten, sogenannten Spaltboden beschäftigt sind. Erstere kommen in die Darrräume ein-, höchstens zweimal und nur auf kurze Zeit im Tage, letztere arbeiten jedoch den grössten Theil des Tages in einem Raume, in welchem die Rauchgase durch die Spalten des Fussbodens und die schlecht schliessenden Füllthürchen eindringen. Es wurde beantragt, den Trocknungsraum vor dem Betreten desselben durch die Arbeiter stets gründlich durchzulüften und das weitere Eindringen der Verbrennungsgase in den Trocknungsraum, beziehungsweise das Rückströmen derselben in den Feuerungsraum zu verhindern. In einigen Werkstätten, besonders in Webereien, in welchen die Beheizung mittelst eiserner Oefen und langer Rauchröhren erfolgt, wurde mangelhafte Erwärmung der Luft und die in Folge von ungeputzten oder schadhaften (meist auch zu engen) Röhren erfolgende Rauchbildung beanständet und auf Abhilfe gedrungen. In einem dieser Fälle verliessen einige Weber die Arbeit ohne Kündigung, wozu sie berechtigt waren, weil sie ohne Schaden für die Gesundheit die Arbeit nicht fortsetzen konnten. Dr. *E. Lewy.*

956. ***Untersuchungen über choleraähnliche Wasserbacterien.*** *Von Prof. **Dunbar**, Hamburg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 33. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 81.)*

*Oergel* gewann bekanntlich aus einer Wasserprobe der Elbe in Hamburg eine Colonie, welche fast ganz das Aussehen von Choleracolonien hatte, sowohl in ihrer Form, Beweglichkeit, als auch in ihrem Verhalten beim Färben; sie gedieh üppig in Peptonlösung, sowie auf Agar; bei Zusatz von Schwefelsäure trat eine Farbenreaction ein, welche der Cholerareaction durchaus gleich war; die Entwicklungsenergie schien allerdings etwas grösser zu sein, sonst aber konnte ein wesentlicher Unterschied nicht bemerkt werden. Die Uebertragung auf Meerschweinchen ergab einen gleichen Symptomencomplex, und die letale Dosis war etwa derjenigen gleich, wie sie bei den Cholerabacillen gefunden wurde. Trotzdem ist das Gesammtbild der Entwicklung bei längerer Beobachtung ein solches, dass man sagen darf, die Bacillen seien verschieden von denjenigen Vibrionen, welche aus dem Darmtractus isolirt werden

können. Bei der Wichtigkeit dieser Frage untersuchte der Verf. 77 Wasserproben aus den verschiedenen Theilen des Hamburger Elbwassers; dabei fand er 20mal den oben erwähnten Vibrio: offenbar hatten gerade zu dieser Zeit diese choleraähnlichen Vibrionen in dem Flussgebiete eine grosse Verbreitung gefunden; seither wurden nun etwa 100 weitere Proben angestellt, ohne dass der Bacillus auch nur ein einziges Mal wieder entdeckt werden konnte. Es scheint daher das Vorkommen von verschiedenen Umständen abzuhängen; wie bestimmte Pflanzen, z. B. Algen, zu ganz bestimmten Zeiten auftreten, so mögen vielleicht auch diese Vibrionen ihre Existenzbedingungen in bestimmten Jahreszeiten im Wasser finden. Sie verschwinden wieder, wenn die Verhältnisse für ihr Wachsthum ungünstig werden. — Diese Untersuchungen sollen übrigens fortgesetzt werden.

957. ***Ueber die forensische Bedeutung der Kopfblutgeschwülste.*** *Von Dr.* ***Dick.*** *(Correspondenzbl. f. Schweiz. Aerzte. 1893. 3. — Der Frauenarzt. 1893. 10.)*

Eine ganz eigenartige Beobachtung war Verf. unlängst zu machen in der Lage. Er beobachtete nämlich an einem in Steisslage geborenen und bezüglich des nachfolgenden Kopfes durch den *Veit-Smellie*'schen Handgriff entwickelten Kind die Bildung zweier deutlicher Cephalhämatome auf dem hinteren Theile des rechten Scheitelbeins, beziehungsweise dem Hinterhauptsbein. Diese Beobachtung steht seines Wissens einzig da für Fälle von leichter Kopfentwicklung, wie der vom Verf. beschriebene einer war und wie er ja auch wohl im Allgemeinen allein durch den genannten Handgriff zu beendigen ist, da sich dieser bei grösserem Widerstand als nicht ausreichend erweist. Verf. denkt sich das Zustandekommen dieser Blutgeschwülste als veranlasst durch den Zug an der Nackenhaut des Kindes. Hierdurch wurde auch die höher sitzende Kopfschwarte heruntergezogen und es kam zu Gefässzerreissungen mit consecutivem Bluterguss. Die grosse forensische Bedeutung solch wohlcharakterisirter Cephalhämatome bei nachfolgendem Kopf bedarf ja kaum einer Ausführung. Die Angabe etwaiger ähnlicher Beobachtungen wäre willkommen.

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 958. *Die postdiphtheritische Herzlähmung.*

*Von Dr.* ***Fr. Veronese,*** *Stadtarzt in Triest.*

*(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 17—22.)*

Ueber diese heimtückischeste Phase der Diphtherie herrscht in unserem klinischen Wissen eine bedauerliche Lücke. Verf. hat nun in der Rivista Venet. di scienze med. von 1892 eine ausführliche Arbeit über diesen Gegenstand veröffentlicht, worin er sämmtliche bisher bekannt gemachten Fälle von postdiphtherischer



Herzlähmung auszugsweise kritisch wiedergibt, ferner seine eigenen Beobachtungen in klinischer wie pathogenetischer Beziehung verarbeitet. In der vorliegenden Abhandlung gibt Verf. einen kurzen, möglichst vollständigen Auszug daraus. Er gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1. Die Lähmung des Herzens in der postdiphtherischen Convalescenz ist der Ausgang eines krankhaften Vorganges, welcher sich mit einer Reihe mehr oder minder zu Tage tretender Erscheinungen kundgibt. Es ist bis jetzt keine einzige Beobachtung in der Literatur niedergelegt worden, bei welcher der Tod ganz plötzlich, d. h. ohne wenigstens 24 Stunden währende Erscheinungen eingetreten wäre. 2. Die postdiphtherische Herzlähmung kommt bei Kindern unter 6 Jahren fast gar nicht vor, möglicherweise weil jüngere Kinder einer heftigen Diphtherie schon während des localen Processes erliegen — sie kommt am häufigsten bei Kindern zwischen 6—14 Jahren, nicht gar selten bei Erwachsenen, häufiger bei Knaben als bei Mädchen und, wie es scheint, bei verschiedenen Epidemien mit verschiedener Häufigkeit zur Beobachtung: bei der sporadischen Diphtherie ist sie jedoch durchaus nicht ausgeschlossen. 3. Schwächlinge sind mehr prädisponirt als kräftige Kinder, meistens die tuberculös oder nervös veranlagten, selbst wenn von sonst kräftigem Körperbaue. Das letzte ätiologische Moment ist unbekannt. 4. Ausnahmslos in allen Fällen geht der postdiphtherischen Cardiopathie ein durch schwere locale oder allgemeine Erscheinungen gekennzeichneter Process voraus; die Herzlähmung wurde auch bei tracheotomirten Kranken beobachtet. 5. Das latente Stadium, d. h. die Zeit, welche von der entschiedenen Besserung des localen Processes bis zum ersten Auftreten von auffallenden Herzerscheinungen verstreicht, dauert zwei bis acht Tage. In manchen Fällen dauert es auch vier bis sechs Wochen, dabei ist jedoch die Herzlähmung blos die Endphase einer schweren allgemeinen postdiphtherischen Lähmung. Der Grund, warum die Herzlähmung viel früher als die sonstigen postdiphtherischen Paralysen auftritt, dürfte in dem heiklen Mechanismus der Herzinnervation zu suchen sein, wobei eine winzige Läsion wichtiger Nervencentra genügt, um den Tod des durch den diphtherischen Process geschwächten oder gar degenerirten Organismus zu bedingen. 6. In dem sogenannten latenten Stadium bietet sich der aufmerksamen Beobachtung eine Reihe wichtiger Erscheinungen dar, als da sind: grosse Hinfälligkeit, Apathie und Unlust, Somnolenz während des Tages, Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume bei Nacht; physikalisch nachweisbare fortschreitende Erweiterung des Herzens mit entsprechenden acustischen Phänomenen, schwacher, arhytmischer und intermittenter Puls, gewöhnlich in einem dem Fortschreiten der Krankheit entsprechenden Verhältnisse, in den späteren Stadien wechselnde Frequenz des Pulses bis zu den ausgeprägtesten Graden des Pulsus varus; beschleunigte Athmung mit den physikalischen Stauungserscheinungen in den unteren Lungenpartien; Brechreiz und Erbrechen, zuweilen derart, dass es eines der hervorragendsten Symptome wird. Heftige, anfallsweise auftretende oder mehr dumpfe, continuirliche Schmerzen in der epigastrischen Gegend, seltener mit der Localisation hinter dem Sternum; Vergrösserung der Leber, Steigerung der Albu-





minurie, nachdem dieselbe nach dem Ablaufe des localen Processes schon etwas nachgelassen hatte, verschiedenartige postdiphtherische Lähmungszustände. Eine fieberhafte Temperaturerhöhung kommt gar nicht vor oder wird von einem von der Cardiopathie ganz unabhängigen entzündlichen Zustande hervorgerufen. 7. Ein Syncopeanfall bedeutet die Acme der Erkrankung, vor dem Anfalle ist sehr häufig der Pulsus varus, Erbrechen und eine Exacerbation der epigastrischen Schmerzen zu beobachten, während des Anfalles hält in vielen Fällen der Pulsus varus an. Die Anfälle wiederholen sich mehrmals in einem oder im Laufe von zwei, höchstens drei Tagen. 8. Sehr selten bedingt schon der erste Syncopeanfall den Tod, gewöhnlich verstreichen von dem ersten Zeichen einer grossen Gefahr ein bis drei Tage. 9. Der Tod erfolgt entweder in einem Syncopeanfall nach einer leichten Körperbewegung oder nach erfolgtem Erbrechen, oder aber unter den Erscheinungen des Lungenödems; in der Agonie wird der Puls sehr frequent. 10. In den nicht letalen Fällen, nach dem Verlaufe der zwei oder drei gefahrvollen Tage, treten gewöhnlich die Stauungserscheinungen der Herzschwäche auf. Die Oedeme und die Transsudate dauern für gewöhnlich nicht länger als zwei Wochen. Die Besserung wird durch eine weniger unregelmässige und kräftigere Herzthätigkeit eingeleitet, die Erweiterung des Herzens wird durch eine mässige Hypertrophie compensirt. Die perfecte Heilung kann schon nach zwei Wochen, gewöhnlich jedoch nach zwei, vier, sechs oder mehr Monaten eintreten. Bleibende Folgen am Herzen, abgesehen von einer mässigen Hypertrophie, scheinen aus der postdiphtherischen Cardiopathie nicht hervorzugehen. 11. Die anatomisch-pathologische Grundlage dürfte nicht für alle Fälle die gleiche sein. Nachgewiesen wurde bis jetzt: eine parenchymatöse Degeneration des Herzens mit interstitieller Wucherung, fettige Degeneration des Myocards, parenchymatöse und interstitielle Degeneration der Vagi, der Herznerven und -Ganglien, Degeneration des Sympathicus, insbesondere des Ganglion und Plexus coeliacus. Es ist wahrscheinlich, dass der Tod nicht so sehr von der Degeneration des Herzens, als von jener seiner Nerven und Ganglien und auf Reflexwegen von der Degeneration des Sympathicus, speciell des Cöliacus herrührt. 12. Die Behandlung muss schon beim ersten Symptom der Cardiopathie eingeleitet werden: absolute Bettruhe, kräftige, nicht excitirende Diät, ein passendes Antisepticum per os, Campher, Strychnin, sehr warme Umschläge um den Leib, Elektricität.

— *r.*

# Literatur.

959. ***Behandlung der Gelenkbrüche.*** *Von* ***Paul Klemm.*** *(Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 78. Leipzig 1893, Breitkopf & Härtel.)*

Nach der Ansicht des Verf.'s gibt es wohl kein zweites Capitel in der Chirurgie, wo der therapeutische Erfolg in so hohem Masse vom richtigen planmässigen Individualisiren abhängt, wie in der Behandlung der Knochenbrüche. Allerdings heilt ein Knochenbruch nach richtiger Adap-



tirung der Fragmente bei geeignetem fixirenden Verbande in kürzerer oder längerer Zeit, aber trotzdem entstehen dem Chirurgen im Verlaufe der Heilung oft arge Verlegenheiten durch eine Reihe von secundären Zufällen, die den Kranken seine Heilung in einem sehr fragwürdigen Lichte erscheinen lassen. Der gebrochene Knochen ist tadellos zur Heilung gebracht worden, der Patient soll nun das geheilte Glied benützen, aber dem stellen sich unüberwindliche Hindernisse entgegen: die Gelenke sind versteift, die Sehnen in ihren Scheiden obliterirt, die das Glied bewegenden Muskeln atrophirt — kurz an Stelle des ursprünglichen Schadens finden sich nun eine Reihe neuer Uebel, die die Freude des Patienten an der Heilung arg beeinträchtigen. Leider aber spotten die genannten Functionsstörungen bisweilen allen Anstrengungen, sie persistiren und sind für den Träger ein erhebliches Hinderniss im Kampfe um's Dasein. In der Therapie der Gelenksfracturen herrscht insofern Einigkeit, als man einsieht, dass bei fortgesetzter Immobilisirung der Heilerfolg ein sehr fraglicher ist. Soll dem Kranken ein gut functionirendes Gelenk erhalten werden, so muss zwischen Ruhe und Bewegung ein richtiger Wechsel beobachtet werden. Vorwiegend widmet der Autor den in den Gelenken perforirenden Brüchen, als auch den paraarticulär gelegenen Continuitätstrennungen der Knochen seine vollste Aufmerksamkeit. Zwei Momente werden besonders hervorgehoben: 1. Alle Fracturen der Gelenke, sowie der grösste Theil der paraarticulären Brüche sind mit Blutergüssen in die Gelenkshöhle, sowie in die Weichtheile der Umgebung derselben verbunden; 2. der intra- und paraarticuläre Bluterguss ist das wesentlichste Charakteristicum der Gelenkfractur und der Hauptfactor für die später zu Tage tretenden Functionsstörungen. Die pathologischen Störungen, die in der Folge auftreten, sind von den Hämatomen abhängig. Im weiteren Verlaufe der Besprechung widmet der Autor den verschiedenen Behandlungsmethoden seine vollste Aufmerksamkeit und plaidirt für Massage und Compression; ist auch im Principe der ambulanten Behandlung sehr geneigt. Mit den Kniescheibenbrüchen schliesst der Verf. die praktische Arbeit, die in extenso zu lesen wir recht warm empfehlen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

960. ***Ueber den Anus praeternaturalis vestibularis et vaginalis (die sogenannte Atresia ani vaginalis).*** *Von **Ludwig Pincus**, Danzig. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 80. Leipzig 1893, Breitkopf & Härtel.)*

Die vorliegende Arbeit hat eine mehr entwicklungsgeschichtlich-anatomische Bedeutung. Die prognostisch-therapeutischen Massnahmen resultiren aus den geschilderten anatomischen Verhältnissen, die der Verf. sehr klar präcisirt. Bei dem Umstande, dass die mit äusserstem Fleiss zusammengestellte Arbeit auf reichen literarischen Angaben aufgebaut ist, die in einem kurzen Referate nicht wiedergegeben werden können, müssen wir uns auf die blosse Anzeige beschränken und auf das Original verweisen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

961. ***Das Kindsbettfieber und die Hebammenfrage.*** *Von **Dr. Maisch**, Oehringen (Württemberg). Heuser's Verlag, Berlin W. 1893.*

Mit dem Motto: „Das Wochenlager ist das Schlachtfeld der Frau" leitet der Verf. vorliegende Arbeit ein. Wir erfahren aus den retrospectiven Betrachtungen, welche fast unglaubliche, jedenfalls erschreckende Verheerung das Puerperalfieber früherer Epochen zur Folge hatte; so erwähnt vergleichsweise der Verf., dass in den 60 Jahren von 1816—1875 die



menschenmordenden Seuchen, Cholera und Pocken, nicht mehr Unheil gebracht, als das im Stillen sein Unwesen treibende Kindsbettfieber. In diesem Zeitraume sind an Kindsbettfieber 363.624 Frauen, an Cholera 170.000, an Pocken 165.000 Menschen gestorben. Gerade der werthvollste Theil der weiblichen Jugend, junge Frauen im Alter von 20 bis 40 Jahren. Im weiteren Verlaufe schildert der Verf. die so segensreichen, glanzvollen Verdienste des seinerzeit so sehr missverstandenen verfolgten *Semmelweiss*. In jener Epoche haben die meisten Geburtshelfer und Leiter grosser Gebäranstalten das Kindsbettfieber von kosmisch-tellurisch-atmosphärischen Einflüssen abhängig gemacht. Erst mit der Lehre der Antisepsis wurde auch Licht und Klarheit in dieses Gebiet gebracht, und von dieser Zeit an hat sich auch das Kindsbettfieber vermindert und die Sterblichkeit der Wöchnerinnen bis zu einem minimalen Procentsatze abgenommen. Die antiseptische Vielgeschäftigkeit hat im Beginne der neuen Lehre manchen Nachtheil gebracht, bis nicht gegen diese Vielgeschäftigkeit von berufensten Seiten lebhafte Einsprache erhoben und betont wurde, dass die Desinfection der Hände und Instrumente das wichtigste Criterium zur Vermeidung der Infection abgebe. In sehr eingehender begründeter Weise behandelt der Verf. die Unzulänglichkeit der Ausbildung der Hebammen und deren guten Willen zur strengen Handhabung all der Cautelen, die heutzutage als die sicherste Gewähr für die Vermeidung des Puerperalfiebers angesehen werden. Und wenn man annimmt, dass ungefähr 95% aller Geburten von den Hebammen allein geleitet werden, so ist diese sträfliche Gleichgiltigkeit nicht genug hart zu rügen. Im weiteren Verlaufe der Besprechung bringt der Verf. einige Vorschläge, wie diesem Missstande der Hebammenausbildung auf das Rationellste abgeholfen werden könnte. Die vorgebrachten Vorschläge beziehen sich allerdings mehr auf Württemberg, dürften aber auch anderen Orts Beherzigung finden, wenn gut geschulte unabhängige Hebammen herangezogen werden sollten. Des Ausführlichen müssen wir auf das Original verweisen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

---

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

962. ***Gegenwärtiger Stand der Frage bezüglich der inneren Untersuchung inter partum.*** *Vortrag auf dem IV. livländischen Aerztetag. Von Dr.* ***L. Kessler****, Dorpat. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 40.)*

Neuere Statistiken haben ergeben, dass die Zahl der unvermeidlichen Todesfälle im Wochenbett (schwere Eclampsie, Uterusrisse, Plac. praev.) höchstens 2% der thatsächlichen Mortalitätsziffer beträgt; es sterben also immer noch 40—50mal so viel Mütter im Wochenbett, als eigentlich sterben dürften, so dass man neuerdings wieder es ausgesprochen hat, dass der Urzustand, d. h. Gebären ohne jegliche Kunsthilfe kaum ein schlechteres Ergebniss liefern würde. Die wesentliche Ursache der hohen Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer nach Geburten ist die Infection; alle Bestrebungen, jene herabzudrücken, müssen daher darauf gerichtet sein, jegliche Infection während der Geburt auszuschliessen. So einig man nun allerorten und allerseits über jenes Cardinalprincip und das zu erstrebende Ziel ist, so sehr gehen bezüglich des Weges zur Er-



reichung desselben die Anschauungen hervorragender Vertreter unseres Faches auseinander. Zwei Richtungen wesentlich stehen sich zur Zeit noch schroff gegenüber. Ausgehend von der nachgerade wohl als absolut feststehende Thatsache anzusehenden Voraussetzung, dass jede schwerere Erkrankung post partum bewirkt wird einzig und allein durch Mikroorganismen, welche von aussen her in die Geburtswege eingedrungen sind, fordern die Einen peinlichste Vermeidung Alles dessen, was einen derartigen Import bewirken oder zur Folge haben könnte, in concreto also: Vermeidung der Berührung der inneren Genitalien, innere Untersuchung, jegliche Art von Scheidendesinfection etc. Wegen der jeder Einführung des Fingers, respective inneren Untersuchung anklebenden Möglichkeit des Imports oder Miteindringens pathogener Mikroben hat *Veit* energisch gegen jede nicht durchaus nothwendige innere Untersuchung inter partum protestirt und verlangt, dass eine solche nur auf ganz stricte Indication hin vorgenommen werde; das gewohnheitsmässige Exploriren während der Geburt muss durchaus aufhören; als solche Indication formulirte er für die I. Geburtsperiode (Eröffnungsperiode) 1. Allgemeine Störungen des Befindens: *a)* Eclampsie und Nephritis; *b)* Fieber, schlechtes Allgemeinbefinden, schlechter Puls. 2. örtliche Störungen: *a)* Blutabgang; *b)* abnorme Beschaffenheit der Wehen; *c)* abnorm lange Dauer der Eröffnungsperiode. 3. Abweichungen vom normalen Befunde bei der äusseren Untersuchung: *a)* Stand des Kopfes über dem Beckeneingang bei Primiparen oder nach Wasserabgang bei Pluriparen; *b)* abnorme Dehnung des unteren Uterinsegments oder vollendete Ruptur; *c)* verlangsamte fötale Herzaction; *d)* fehlerhafte Lage oder Haltung der Frucht. Also nur Abweichungen von der Norm nach einer der genannten Richtungen hin verlangen gebieterisch eine innere Untersuchung; einfach weil Wehen vorhanden, die Geburt begonnen hat, innerlich zu untersuchen oder blos zum Zweck der Ermittlung der Breite des Muttermundes zu exploriren, hat keinen Zweck, da aus dieser Exploration eine Indication für unser Handeln nicht entspringen kann; das Motiv einer solchen Untersuchung wäre als Neugier zu bezeichnen. Wegfall der inneren Untersuchung in der Eröffnungsperiode aber ist deswegen von so grosser Wichtigkeit, weil damit die Möglichkeit des Mitimports infectiöser Stoffe in den Cervix ausgeschlossen ist. In der II., der Austreibungsperiode, ist unter normalen Verhältnissen eine innere Untersuchung gleichfalls nicht nöthig; indicirt ist diese: 1. Bei den vorhin genannten allgemeinen Störungen, denen noch etwaige abnorme Aufgeregtheit der Kreissenden hinzuzufügen ist. 2. Bei örtlichen Störungen durch: *a)* verspäteten Blasensprung; *b)* Blutabgang; *c)* mangelhafte Wehenthätigkeit; *d)* mangelnden Fortschritt der Geburt. 3. Bei Abweichungen des Befundes bei der äusseren Untersuchung — s. o. In der III., der Nachgeburtsperiode geben nur starke Blutungen eine Indication für Eingehen mit der Hand ab. Muss auf eine der genannten Indicationen hin eine innere Untersuchung vorgenommen werden, so geschieht dies nach sorgfältiger Desinfection der äusseren Genitalien in der Weise, dass aufgedeckt — letzteres mit derselben Berechtigung wie schon lange beim Catheterismus (früher bekanntlich auch unter der Decke) unter Leitung des Auges nach Freilegung des Introitus durch Auseinanderbreitung der Labien mit der freien Hand, der Finger strengst nach *Fürbringer* desinficirt in die Vagina eingeführt, bei der Ausführung der Untersuchung aber der Cervicalcanal (als derjenige Theil, von





welchem aus vorzugsweise meist die Aufnahme pathogener Elemente stattfindet) wo möglich nicht berührt wird. In allen Fällen, in denen eine der genannten Indicationen für eine Untersuchung nicht vorliegt, hat man diese zu unterlassen und die nöthige Orientirung zu gewinnen nur durch die äussere Untersuchung einerseits, durch die Beobachtung des Allgemeinbefindens, der Art der Wehen etc. andererseits; die Combination der aus diesen beiden gewonnenen Eindrücke werde bei gehöriger Fertigkeit und Uebung in der äusseren Untersuchung, sowie gehöriger Erfahrung in der Deutung der Befunde genügen, um das weitere Handeln richtig zu bestimmen. Unzählige Einzelbeobachtungen, sowie zahlreiche speciell unter diesem Gesichtspunkt vorgenommene Beobachtungsreihen in verschiedenen Anstalten lassen den Schluss gerechtfertigt erscheinen, dass eine gesunde Frau bei normalem Geburtsverlauf, falls nicht innerlich untersucht wird, ein vollkommen normales Wochenbett durchmachen wird. Wir werden hier also zu einem Verfahren hingewiesen, welches gleich ansprechend erscheint durch seine Einfachheit, sowie dadurch, dass es nach Möglichkeit dem natürlichen Verlauf sein Recht lässt und den physiologischen Verlauf am wenigsten stört. Den entgegengesetzten Standpunkt vertritt ebenso energisch ein anderer Schüler *Schröder's*: *Hofmeier*, in einem Artikel der Deutschen med. Wochenschr. vom December 1891. Als Leiter der Universitätsentbindungsanstalt zu Würzburg, unter dem Druck der beiden sich entgegenstehenden Verpflichtungen und Interessen — einerseits: die Schüler und Schülerinnen gründlichst in der Untersuchung einzuüben; andererseits: die als Unterrichtsmaterial dienenden Schwangeren und Kreissenden dabei doch vor einer Schädigung ihrer Gesundheit zu bewahren —, ist ihm die Lösung dieser schwierigen Aufgabe in glänzender Weise gelungen durch strenge Durchführung einer systematischen und sorgfältigen Desinfection der zur Untersuchung Kommenden. Als ein glänzendes Resultat darf es ja wohl bezeichnet werden, wenn in 6 Semestern 1000 Gebärende von 1263 Praktikanten, 117 Hebammenschülerinnen und 650 Examenscandidaten, und die Anstaltsschwangeren ausserdem noch von 510 Theilnehmern an Feriencursen für die Erlernung der inneren Untersuchung benutzt wurden und dabei die Gesammtmorbidität auf 85 = 8·5% (wovon 46, also über die Hälfte, nur leichte Steigerungen an 1—2 Tagen), die Frequenz der wirklichen ernsteren puerperalen Erkrankungen auf 2·1%, die Gesammtmortalität auf 0·5%, die Mortalität an Sepsis auf 0·1 (einen einzigen Fall) herunterging. Ist bei diesen von *Hofmeier* u. A. trotz so zahlreicher innerer Untersuchungen erzielten überaus günstigen Resultaten nun wirklich die von *Veit* u. A. geforderte strenge Einschränkung der inneren Untersuchung inter partum noch haltbar?

Es steht jetzt vollkommen fest, dass das Scheidensecret Schwangerer sowohl als Gebärender immer Mikroorganismen in grosser Anzahl enthält, diese sind aber wesentlich verschiedener Dignität; und dieser entsprechend ist auch das Scheidensecret ein verschiedenes, nämlich entweder: 1. Das von *Döderlein* als normales bezeichnete, gleichartig dem virginalen; es enthält wesentlich nur eine Art von Bacillen (welche höchst wahrscheinlich auch die saure Reaction des vaginalen Secrets bedingen) und in einzelnen Fällen Soorpilze, aber keine pathogenen Keime. Die „Säurebacillen" bilden, wenn in relativ genügender Menge vorhanden, ein Hinderniss für die Entwicklung von Staphylococcen. 2. das pathologische, in 46% der untersuchten Fälle; typisch zu erkennen bei



Individuen, deren Genitalien bereits klinisch sichtbare Zeichen von pathologischen Vorgängen darbieten (Erosionen, eiterigem Cervicalcatarrh, Condylomen, Vaginitis granulosa etc.), reich an eigentlichen Bacterien und Coccen, eine ungleich grössere Mannigfaltigkeit von Spaltpilzen als im normalen Secret und im Gegensatz zu letzterem: beim Thierexperiment ausnahmlos giftig wirkend (Abscesse mit jauchendem Eiter gefüllt), während sie beim Eindringen in Wunden der Geburtswege Entzündungen und Eiterungen, aber keine Sepsis hervorrufen. Unter den Fällen mit pathologischem Scheidensecret fanden sich die nach den Untersuchungen Puerperalseptischer sowohl, als nach dem Thierexperiment als die specifischen Erreger des Puerperalfiebers anzusehenden Streptococcen in circa 9·2%. Dass die im Scheidensecret enthaltenen verschiedenartigen Keime, auch wenn die Geburt ohne irgendwelche Berührung dieser Theile durch Untersuchnng oder Kunsthilfe verlaufen ist, in die bei dem Gehurtsact stets entstehenden vielfachen Risse im Cervix und in der Scheide eindringen können, darf nicht mehr bezweifelt werden; und zwar kann dies geschehen entweder an dem Ort, wo diese Keime angesiedelt waren oder aufgespeichert lagen, oder diese steigen zum Uterus auf, bei langdauernden Geburten durch Vermittlung von Capillarstrassen dem vorliegenden Kindstheile entlang, oder nach der Geburt an herabhängenden Eihäuten, oder in Folge des schwankenden Innendruckes des Uterus post partum. Der Gedanke liegt nahe, dass unter dieser Bewandtniss es doch gewiss rationell ist, in allen Fällen, in denen das Scheidensecret als pathologisch erkannt wird, durch eine energische Aussäuberung und Desinfection die drohende Gefahr zu coupiren und dass dies dem Arzt zur Pflicht zu machen sei, um so mehr, als — wie *Döderlein* nachdrücklich betont — die Erkenntniss des pathologischen Secretes durch seine gelbe bis gelbgrünliche Farbe, seine rahmähnliche Consistenz, die häufig in ihm enthaltenen Gasblasen, die schwachsaure, nicht selten neutrale oder alkalische Reaction gegenüber dem weisslich krümmlichen stets intensiv sauren normalen, schon makroskopisch leicht und ziemlich sicher zu gewinnen ist.

Für die Privatpraxis — die uns, meine Herren, hier doch zunächst interessirt — muss dieser Schluss als übereilt bezeichnet werden; auch diejenigen Autoren, denen wir die erwähnten Aufschlüsse verdanken, und von denen man jene Consequenz am ersten erwarten könnte, ziehen diese nicht, und zwar deswegen nicht, weil erstens in der Privatpraxis die Erkrankungsgefahr von vornherein viel geringer sein wird und wird in dieser, wie *Döderlein* selbst einräumt, das Scheidensecret als Infectionsquelle um so mehr vernachlässigt werden dürfen, als schon das Anstaltsmaterial in 90% frei von virulenten pathogenen Mikroorganismen befunden wurde. Zweitens ist die Möglichkeit einer Abschwächung der Virulenz der im pathologischen Secret enthaltenen pathogenen Keime, die in einzelnen Fällen experimentell sicher constatirt werden konnte, zu Gunsten des exspectativen Verhaltens mit in Rechnung zu ziehen. Drittens wird im Privathause häufig die exacte Durchführung und die erforderliche öftere Wiederholung der Desinfection kaum durchzuführen sein, so dass hier „die Bestrebungen, die Wochenbettserkrankungen durch Einschränkung der inneren Untersuchung zu bekämpfen, ganz und voll berechtigt erscheinen" *(Döderlein)*. Damit, meine Herren, dürfte auch für unser Handeln in der Privatpraxis, bei der normalen Geburt, oder sagen wir: spontanem Geburtsverlauf, die Richtschnur gegeben sein:

prophylactische Desinfection nur bei sicher erkannter pathologischer Beschaffenheit des Scheidensecrets und voraussichtlichem protrahirteren Geburtsverlauf, namentlich wenn die öftere Wiederholung innerer Untersuchung wahrscheinlich erscheint, und zwar, wenn man desinficirt, dann aber auch energisch und ganz exact (in derselben Weise wie vor schweren operativen Eingriffen); in allen anderen Fällen möglichste Unterlassung jeglicher vaginaler Manipulation!

# Kleine Mittheilungen.

963. ***Fall von Wanderleber.*** *Von J.* ***Buchholz,*** *Gran. (Norsk Magazin. 1893, 10, pag. 994.)*

Der Fall betraf eine 50jährige Frau, die zehn Geburten durchgemacht hatte, aber immer sehr frisch und blühend aussah, bis vor einem Jahre Dyspepsie und beträchtliche Abmagerung und in Folge heftiger Anstrengung asthmatische Beschwerden und eine immer zunehmende Schwere in der rechten Brusthälfte sich einstellten. Bei der Untersuchung fand sich die Lebergegend leer und die Leber rechts unterhalb des Nabels, die Bauchwindungen sehr schlaff. Durch fortgesetzten gleichmässigen Druck nach oben trat diese wieder an ihre Stelle und konnte hier durch ein Wattekissen und eine elastische Binde zurückgehalten werden. Von da ab besserten sich die Krankheitserscheinungen. *Th. Husemann.*

964. ***Behandlung des Morphinismus.*** *Von J. B.* ***Mattison,*** *Brooklyn. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 39.)*

Verf. hat seine Methode der Morphiumentwöhnung dahin ausgebildet, dass er vorerst den Organismus dauernd mit Bromsalzen übersättigt. Er beginnt mit circa 2·0 Bromnatrium zweimal des Tages (in sehr verdünnter Lösung) und steigt täglich mit der Dosis, bis er circa 7·0 zweimal des Tages erreicht hat. Gleichzeitig beginnt er aber auch schon die gewohnte Morphiumdosis zu vermindern. In den letzten Tagen pflegt er blos eine Morphiumdosis des Abends zu geben, dies muss aber mit der Zeit der grössten Bromdosen zusammenfallen. Ausserdem darf jedoch niemals vergessen werden, dass gerade bei der Morphiumentwöhnungscur auf das individuelle Verhalten des Kranken Rücksicht genommen werden muss.

965. ***Albinismus auf nervöser Grundlage.*** In der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 12. Juli 1893 stellte *Flatan* ein 12jähriges Mädchen mit Albinismus vor. Das Kopfhaar des Kindes ist vollständig grau. Von der Galea aus zieht sich in der Mittellinie des Rückens ein von Pigmentverlust betroffener Streifen herab. Auch sonst finden sich hier und da am Körper pigmentlose Stellen. Wie eine Photographie zeigt, war bis vor 5 Jahren noch keine Spur dieser Veränderungen sichtbar. Erst nach dieser Zeit fing der Process am Nacken an; dann begannen erst die Haare weiss zu werden. Als Ursache kann man vielleicht traurige Familienverhältnisse und eine starke Misshandlung des Kindes annehmen. Heredität liegt nicht vor, der Augenhintergrund ist normal. *Virchow* hat vor Kurzem einen Neger mit Albinismus untersucht; bei demselben war jedoch nur ein Streifen in der Mitte der Haare weiss, nicht wie bei dem Kinde, das ganze Haupthaar.

966. ***Gegen Scabies*** bedient sich *Ohmann-Dumesnil* mit Erfolg nachfolgender Behandlung, die ebenso einfach, wie leicht durchzuführen ist. Der Kranke nimmt Morgens ein Bad. Noch bevor er vollständig abgetrocknet ist, reibt er sich mit nachstehendem Liniment ein:

*Natr. hyposulf.,*
*Aq. destill. aa. 250·00.*

Er lässt die Flüssigkeit auf der Haut trocknen und zieht dann am besten noch ungebrauchte Wäsche und Kleider an. Beim Schlafengehen wäscht er sich mit einer entsprechend verdünnten Salzsäurelösung, etwa:

*Acid. hydrochlor. dilut. 120·00,*
*Aq. destill. 180·00,* und mehr.

Nach 3—4 Tagen soll die Heilung erzielt sein.

(Semaine méd. 1893. 40. — Prager med. Wochenschr. 1893. 37.)



967. ***Zur Anwendung der Borsäure.*** *Von* ***C. W. Aicken.*** *(Edinburgh med. Journ. 1893. Juli. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 41.)*

Verf. empfiehlt bei Erysipel und acutem Eczem die befallenen Theile mit saturirten Lösungen von Borsäure in Glycerin zu bestreichen und einzuwickeln, ferner bei septischer Endometritis, bei chronisch eiternden Fisteln, bei Otorrhoe Borsäure mit Olivenöl zu mehr oder weniger dicker Paste verrieben zu injiciren. Bei Ophthalmus neonatorum erwies sich ihm die Combination mit Alumen sulphuricum nach der Formel: Alum. sulph. 0·2 Grm., Ac. bor. 0·4 Grm., Ol. oliv. 100 Grm. mehrmals täglich applicirt, bei Cystitis die Verwendung wässeriger Lösungen vortheilhaft.

---

## *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Albrand, Dr.* Sehproben. Leipzig. Verlag von H. Hartung & Sohn (G. M. Herzog), 1893.

*Barth, Dr. Ernst,* kgl. preuss. Stabsarzt. Die Cholera mit Berücksichtigung der speciellen Pathologie und Therapie nebst einem Anhange, enthaltend die auf die Cholera bezügliche Gesetzgebung und sanitätspolizeilichen Vorschriften für Aerzte und Beamte. Breslau 1893, Verlag von Preuss & Jünger.

*Baumgarten, Prof. Dr. med.,* Prof. in Tübingen. Der Tuberkelbacillus und die Tuberculinliteratur des Jahres 1891. Separatausgabe des Capitels „Tuberkelbacillus“ aus dem „Jahresberichte über die Fortschritte in der Lehre von den pathogenen Mikroorganismen“. Braunschweig 1893, Harald Bruhn.

*Hoffa, Dr. Albert,* Privatdocent der Chirurgie in Würzburg. Technik der Massage. Mit 29 theilweise farbigen Abbildungen im Text. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Kobert, Prof. Dr. R.,* kaiserlich russischer Staatsrath. Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat. IX. Heft. Mit 3 farbigen Tafeln. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Privat-Heilanstalt
für
# GEMÜTHS- UND NERVENKRANKE
in
## OBER-DÖBLING, Hirschengasse 71.
138

---

Hoflieferanten von Specialitäten für Kranke und Reconvalescenten.

# Brand & Co.'s Essence of Beef.

*Wird theelöffelweise genommen, ohne Zusatz von Wasser.*

**Diese Fleisch-Essenz besteht ausschliesslich aus den Säften des feinsten Fleisches,** welche nur durch gelinde Erwärmung und **ohne** Zusatz von Wasser oder anderen Stoffen gewonnen werden. Das Präparat hat sich so glänzend bewährt, **dass die hervorragendsten Autoritäten dasselbe seit vielen Jahren als Stärkungs- und Belebungsmittel mit ausserordentlichem Erfolge in die Praxis eingeführt haben.**

*„LANCET" brachte eine Reihe therapeutischer Artikel über Brand's Fleisch-Essenz, auf welche wir uns speciell hinzuweisen erlauben.*

**BRAND & Comp. Mayfair, London W.** 146

*Auszeichnungen.* — **(Gründungsjahr: 1835.)** — *Preis-Medaillen.*

**Depôts in Wien: Petzold & Süss,** I., Schottenhof; **Köberl & Pientok,** I., Kärntnerstrasse 33; **A. Hagenauer,** I., Tuchlauben 4; **M. Löwenthal,** I., Heidenschuss 3; **Math. Stalzer,** I., Lichtensteg 5.

---

**25 Medaillen I. Classe.**
**9 Ehrendiplome.**





Empfehle meine als vorzüglich anerkannten

# Maximal-
und gewöhnliche 137
# ärztl. Thermometer
## Zur Bestimmung der Körpertemperatur.

**Urometer** nach **Dr. Heller** und **Dr. Ultzmann, Bade-** und **Krankenzimmer-Thermometer** etc., sowie alle Arten **Thermometer, Barometer** und **Instrumente** für Bade- und Heilanstalten.
**Meteorologische Wetterhäuschen für Curorte.**

## Heinrich Kappeller
**Wien, V., Kettenbrückengasse Nr. 9.**

**Illustrirte Preisverzeichnisse stehen gratis zur Verfügung.**

---

# Gasteiner
**Thermalwasser-Versendung** durch die **k. u. k. Thermal-Quellen-Verwaltung** zu **Bade- (Thermalbäder im Hause)** und **Trink**zwecken (für **Orte** mit **schlechtem Trinkwasser**) in à 65, 3 u. 1 Lit.-Geb. Aufträge u. Anfragen zu richten an den Generalvertreter **Dr. Sedlitzky, Salzburg.** 156

Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.




# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

968. ***Ueber Oxalurie und ihre Beziehungen zu gewissen Formen von Nervenleiden.*** *Von Prof.* ***T. Adler****, New-York. (Med. Record. 1893. Juni.)*

Bei dem Dunkel, welches noch immer über die Beziehung der Oxalsäureausscheidung zu pathologischen Veränderungen des Organismus herrscht, ist die vorliegende Arbeit des Verf.'s sehr dankenswerth, in welcher dieser auf exacte Weise durch quantitative Bestimmung der ausgeschiedenen Oxalsäure, sowie der anderen Harnbestandtheile neben genauer mikroskopischer Untersuchung den Zusammenhang zwischen dem Nervensystem und der Oxalsäureexcretion zu erforschen suchte. Die Resultate, zu denen Verf. hierbei gelangt, sind folgende: 1. Die Oxalsäure ist ein normaler, wenngleich möglicherweise nicht constanter Bestandtheil des Harnes. 2. Die vorhandene Menge derselben in einer bestimmten Menge Harnes kann mit einem gewissen Grade von Zuverlässigkeit nur durch die quantitative Analyse angegeben werden. Alle approximativen Angaben durch die mikroskopische Untersuchung sind unzuverlässig. 3. Die Hauptquelle der Oxalsäure im Harne ist die in der Nahrung enthaltene Oxalsäure, obgleich es wahrscheinlich ist, dass minime Quantitäten im Verlaufe des normalen Stoffwechsels producirt werden. Weitere Forschungen sollen dies, ebenso wie die Art, in welcher der krankhafte Stoffwechsel die Production von Oxalsäure beeinflusst, erst erweisen. 4. Behinderte Respiration, Krankheiten des Herzens und der Lungen tendiren nicht durch sich selbst, ein Uebermass von Oxalsäure im Harne zu produciren. 5. Die Aufstellung einer pathologischen Analyse als ein Typus einer Krankheit sui generis ist jetzt durch Thatsachen noch nicht sichergestellt. 6. Die nervösen Symptome, welche als charakteristisch für die pathologische Oxalsäure angenommen werden, sind nicht verursacht durch ein Uebermass von Oxalsäure im Blute und im Harne. Die Analyse ergibt, dass solch ein Uebermass auf keinen Fall so häufig ist, als er angenommen wird. 7. Wo solch ein Uebermass nicht auf die Ingesta zurückgeführt werden kann, ist es wahrscheinlich eines von den verschiedenen Symptomen eines veränderten Stoffwechsels, in erster Linie verursacht durch Störungen der nervösen Organe oder der Verdauungsorgane oder beider, aber keineswegs ein Factor des Entstehens der Krankheit. 8. Bei Betrachtung der Oxalsäureausscheidung im Harne ist es von besonderer Wichtigkeit, zu gleicher Zeit die Ausscheidung der anderen Hauptbestandtheile des Harnes in Betracht zu ziehen, besonders des Harnstoffes und der Harnsäure. *Kisch.*

969. ***Ueber das Vorkommen des Kropfes in einzelnen schwedischen Districten.*** *Von **P. Söderbaum.** Vortrag auf der sechsten allgemeinen Versammlung schwedischer Aerzte in Hefle. (Hygiea. October, pag. 416.)*

In Schweden heisst der Kropf Falunknoten nach der Bergstadt Falun, von welcher allgemein angenommen wird, dass sie die meisten Strumabesitzer beherberge. Nach einer Sammelforschung des Vereines der Aerzte und Apotheker der Provinz Hefleborg und Dalarne beruht diese Annahme auf einem Irrthume; denn die Stadt Hefle ist ihr überlegen oder steht ihr doch mindestens gleich. Unter den männlichen Schulkindern in Falun waren 14·5, unter den weiblichen 26% mit Kropf behaftet, in Hefle von ersteren 21·5 und von letzteren 23%. Der endemische Kropf in Hefle hat ein besonderes Interesse dadurch, dass es sich um eine Küstenstadt handelt, während im Allgemeinen die Küstendistricte, z. B. Hudiksvall, mehr oder weniger immun sind. Am merkwürdigsten aber ist, dass das endemische Leiden von ganz frischem Datum ist. Man glaubt die Ursache darin suchen zu müssen, dass die neuerdings eingerichtete Wasserleitung aus dem kleinen Flusse Hefle das Wasser aus einem sehr strumösen Districte führt und hofft durch Benützung von Quellen aus der Nachbarschaft in fast kropffreien Bezirken dem Uebel steuern zu können. Im Grossen und Ganzen ergibt die fragliche Sammelforschung sonst keinen Anhaltspunkt für den Einfluss des Wassers. Längs der beiden Hauptflüsse Dalelf und Kolbackså wechseln kropfreiche und verhältnissmässig kropfarme Gegenden miteinander ab. Entscheidend scheint der Erdboden zu sein, doch ist es der Zukunft vorbehalten, das kropferzeugende Agens daraus zu gewinnen. In ganz Dalarno gibt es keine kropffreie Gemeinde. Offenbar spielt die Vererbung eine grosse Rolle, und die Mehrzahl der Aerzte neigt sich der Ansicht zu, dass überwiegend die meisten Kröpfe angeboren sind. Dafür spricht auch das Resultat der Sammelforschung, dass in dem kropfreichsten Kirchspiele Bjurså eine Zunahme des Kropfes in der Volksschule gegenüber den Kleinkinderschulen sich nicht constatiren lässt. In Bjurså haben 38·8% der männlichen und 54·3% der weiblichen Schulkinder Kröpfe, die Zahl steigt bei den confirmirten Mädchen auf 65·6% und beim Militär sogar auf 76%. Ein Einfluss der Pubertät auf die Kropfentwicklung ist weder hier, noch in anderen Bezirken zu erkennen. In Hefleborg Län ist Ockelbo mit 21·7% der männlichen und 42·8% der weiblichen Schulkinder der kropfreichste. Hudiksvall mit 2·6% und 0·5% der kropfärmste Ort. Das Verhältniss des Kropfes in Hefleborg und Dalarne stellt sich auf 13% der Untersuchten (im Ganzen 9351). Dass es doppelt so hoch ausfällt wie nach älteren Forschungen in der Kropfstadt Falun (*Hallin* gibt 6·69% der Stadtbevölkerung an), hat seinen Grund darin, dass diesmal wegen der Ausführung der Untersuchung durch Sachverständige weniger Kröpfe übersehen wurden. *Th. Husemann.*

970. ***Ueber den Diabetes im ersten Kindesalter.*** *Eine Studie von **P. Duflocq und Dauchez.** (Revue de méd. 1893. 6.)*

Diabetes im ersten Kindesalter ist ein ausserordentlich seltenes Ereigniss. Schon bei Kindern unter zwei Jahren ist es so selten, dass *Külz* die Ziffer mit 6% der Fälle angibt, ebenso *Leroux*. In



der Monographie von *Fauconneau Dufresne* wird diese Seltenheit betont und hervorgehoben, dass *Miahle* diese Krankheit nur in einem Dutzend von Fällen bei Kindern gesehen hat, das Eine der letzteren hatte nur 5 Jahre, ein zweites 5½ Jahre, die Anderen waren im Alter von 12—15 Jahren. *Berlioz* hat unter 20.000 Analysen von diesbezüglichen Harnen nur einen untersucht, welcher ein Kind von 3½ Jahren betraf. Sein Urin enthielt 58·5 Grm. Zucker im Liter. Was die Frequenz des Coma diabeticum betrifft, so ist dieselbe in der Arbeit von *Leroux* unter 70 Beobachtungen, 15mal verzeichnet, d. i. 21% der Fälle, aber im Alter unter 3 Jahren sind nur zwei Fälle; also im Allgemeinen ist der Diabetes beim Kinde selten und das Coma diabeticum dabei nicht häufig. Von Beobachtungen bei Kindern im Alter unter zwei Jahren sind zwei Fälle von *Busch* und *Conolly* veröffentlicht. Der Fall von *Busch* betrifft ein Kind von 15 Monaten, welches unter folgenden Symptomen krank wird: Aufregung, Durst, sehr grosser Appetit, Abmagerung. Drei Wochen später wird die Aufklärung durch Untersuchung des Harnes gegeben. Das Kind verfällt bald in Coma; zwei Tage nachher tödtlicher Ausgang. (Ugeskrift for Laegev. 1876.) Der Fall von *Conolly* (Med. Times and Gaz. 1874) betrifft ein Kind von 21 Monaten, welches bis zur Beobachtungszeit gesund war; vor 3 Monaten bemerkte die Mutter am Kinde heftigen Durst, häufiges Uriniren, Abmagerung, Abnahme der Kräfte, allgemeine Reizbarkeit; zu gleicher Zeit kommen mehrere Zähne heraus. Bei der Untersuchung zeigt sich im Urine Reaction auf Zucker, kein Albumen. Bald darauf tritt Temperatursteigerung ein, Albuminurie, es kommt zu Coma, in welchem das Kind zu Grunde geht. Einer der beiden Verff., *Dauchez,* theilt nun den von ihm und *Duflocq* beobachteten Fall eines Coma diabeticum bei einem Kinde von 18 Monaten mit. Dasselbe war seit der Geburt wohl, leidet nur seit Kurzem an zeitweiliger Constipation, welche dem ausschliesslichen Gebrauche von sterilisirter Milch in grosser Menge (2½ Liter im Tage) zugeschrieben wird. Das Kind ist auch seit dieser Zeit traurig, unruhig, urinirt beständig und ist trotz guten Appetites abgemagert. Die Erscheinungen wurden von der Mutter auf Zahnung gedeutet, da gerade zwei Zähne durchbrachen. Der Puls war schwach, nicht zu zählen, das Gesicht cyanotisch. Temperatur 37·8. Am nächsten Tage war das Kind bewusstlos, bot einen choleriformen Anblick. Temperatur 36·5; bei Nacht mehrmaliges Erbrechen. Am selben Tage Exitus. Die mit Urin beschmutzte Wäsche wurde untersucht und zeigte bedeutende Menge von Zucker (24·32), das Kind hatte also deutlichen Diabetes. Vater und Mutter des Kindes, sowie eine kleine Schwester sind vollkommen wohl, ein Cousin der Mutter und der Vater dieses Cousins sind diabetisch, eine Grosstante war es wahrscheinlich auch. Die Daten, welche diese Fälle bieten, sind zu gering, um wesentliche Schlüsse zu ziehen, dennoch ist in ätiologischer Beziehung die Zahnung hervorzuheben. Es lässt sich ferner fragen, ob in dem letzten Falle der ausschliessliche Gebrauch von sterilisirter Milch einen Einfluss hat. Es wäre diesbezüglich eine Beobachtung von *Hauner* zu erwähnen, welcher Diabetes bei einem kleinen Mädchen von 1 Jahre beobachtete, das mit Mehlsuppe genährt wurde und plötzlich starb. Es kann auch ein Trauma

beim Kinde Diabetes verursachen, wie *Rossbach* dies beobachtete: Ein Kind von 7 Monaten fällt aus den Armen seiner Amme. Es tritt Eclampsie ein und 4 Wochen später wird Diabetes, Polyurie, Polydipsie und wesentliche Abmagerung constatirt, drei Monate später Exitus. Der Einfluss der Heredität ist beim Diabetes des Kindes sehr häufig. Unter den Symptomen fällt in erster Linie die Veränderung des Charakters auf; dies betonen die meisten Beobachter. Die regelmässige Darmfunction wird beeinträchtigt und es macht sich Constipation bemerkbar. Polyurie tritt beim Kinde, wie beim Erwachsenen auf. Und nicht nur die Menge des Urins ist bedeutend, sondern auch das Kind muss sehr häufig Harn lassen — Polakyurie. Vermehrung des Durstes ist typisch, Blässe des Teints auffällig. Die Abmagerung, welche nie fehlt, ist wohl das Hauptzeichen für die Diagnose. Der Contrast zwischen dem rapiden Herunterkommen und der genügenden Ernährung geradezu frappirend und ausschliesslich für infantilen Diabetes charakteristisch. Die Kinder magern von Tag zu Tag ab und sind dann wirklich wahre Skelette. Die Diagnose ist ja sehr schwierig. Wir finden ein Kind im Coma, den Tag zuvor war es noch wohl, bis auf etwas Tympanites und Constipation. Ist es eine intestinale Intoxication? Gewiss nicht! Haben wir es mit nervösen Zufällen zu thun. welche von der Dentition abhängig sind? Es sind keine Convulsionen vorhanden. Es fällt uns aber folgendes Ensemble auf. Trockene Zunge, kalter Athem, rasche Respiration ohne jedes Zeichen von Seite der Lunge, Pupillen erweitert — man denkt an das Coma diabeticum und die Untersuchung des Harnes bestätigt dies. Das Coma tritt, nachdem eine Periode hartnäckiger Constipation vorangegangen, unter folgenden Erscheinungen auf: Beträchtliches Kaltwerden der Extremitäten, der Puls wird schwach, klein und unregelmässig, Cyanose tritt auf. Dem Coma folgt der Tod. Die Entwicklung nimmt nur wenige Stunden in Anspruch, höchstens einen Tag, Heilung wohl exceptionell, kann beobachtet werden. So in einem Falle von *Kitselle* (Journ. f. Kinderkh. 1852). welche er an seinem eigenen Kinde beobachtete. Der Verlauf der Krankheit erscheint sehr rapid. Die Beobachtungen von *Külz*, *Redon* und *Leroux* zeigen diesen raschen Verlauf beim Diabetes des Kindes. Es hat dies viel Aehnlichkeit mit einer infectiösen Krankheit.

Dr. *Oestreicher*, Carlsbad.

971. ***Zur physikalischen Diagnostik der Gallensteinkolik.*** *Von Prof. **C. Gerhart.** (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 40. — St. Petersburger med. Wochenschr. 1893. 43.)*

Der Verschluss des gemeinsamen Gallenganges durch einen Gallenstein führt zu praller Füllung der Gallenblase und der Lebergallengänge mit Galle. Meist beginnt der Anfall vier bis fünf Stunden nach der Hauptmahlzeit, das heisst kurz nach dem Eintritt des Mageninhalts in das Duodenum. Nicht immer ist die prall gefüllte Gallenblase als den Leberrand überragende Geschwulst wahrnehmbar; meist befindet sich die Geschwulst wenig seitwärts vom Aussenrande des rechten M. rectus, zuweilen aber auch zwischen der vorderen Axillarlinie und der rechten Parasternallinie. Ist die Geschwulst gross, stark aufgerichtet und deshalb auch hart anzufühlen, so kann die Unterscheidung von Leberkrebs



Schwierigkeiten bieten, auch können zwischen gummösen Geschwülsten gewucherte Zipfel des Lebergewebes, ferner Echinococcentumoren Gallenblasengeschwülste vortäuschen. Im Allgemeinen beobachtet man nur in der Minderzahl der Fälle geschwulstartige Schwellung der Gallenblase. Diese kommt nicht zu Stande wegen ursprünglicher oder durch Schrumpfung bedingter Kleinheit der Blase; oder aber sie fehlt nur in denjenigen Anfällen, in welchen der Verschluss des gemeinsamen Gallenganges unvollständig ausfällt. Grosse, stark aufgerichtete Gallenblasengeschwulst findet sich meist nur bei starken Anfällen und bei Kranken, die bereits mehrere leichtere und schwere Attaken durchgemacht haben. Meist ist die Schwellung bereits einige Stunden vor dem Beginn des eigentlichen Anfalles vorhanden, so dass man aus dem Auftreten der Geschwulst den Schmerzanfall voraussagen kann. Ebenso gibt das rasche Schwinden der Geschwulst die Sicherheit, dass der Anfall zu Ende ist. In seltenen Fällen kann man bei Beginn des Anfalles in der Gallenblasengegend ein arteriendiastolisches blasendes Gefässgeräusch constatiren. Regelmässig bleibt nach einem heftigen Anfalle ein umschriebenes, peritoneales Reibegeräusch in der Gallenblasengegend zurück. Diese örtliche Entzündung des Bauchfells an der Gallenblase und den nächsten Strecken des Leberüberzuges erklärt es, dass die Schmerzen noch einige Tage nach dem Nachlassen der Attake anhalten, wenn auch in anderer Form und Intensität. Gegen diese nachbleibenden peritonitischen Schmerzen bewährt sich die Eisblase, während im eigentlichen Anfalle die Wärme wohlthuend ist. Dauern die Anfälle länger, so schwillt die Leber an, die Lebergegend wird stärker gewölbt, der Rand leicht sichtbar. Wenn nach mehreren gallensteinkolikartigen Anfällen Steine im Stuhle nicht aufgefunden werden können, kein Reibegeräusch an der Stelle der Gallenblase auftritt, auch im Anfalle selbst die Gallenblase nicht vergrössert war, so kann man mit ziemlicher Sicherheit Cholelithiasis ausschliessen und mit grosser Wahrscheinlichkeit eine nervöse Leberkolik annehmen.

972. ***Ueber familiäre Formen von cerebralen Diplegien.*** *Von Dr. Sigm. Freud, Wien. (Neurol. Centralbl. 1893. 15. — Centralbl. f. Nervenhk. 1893. October.)*

An zwei aus einer Verwandtenehe (zwischen Onkel und Nichte) stammenden Kindern beobachtete Verf. ein Krankheitsbild, welches er als cerebrale Diplegie bezeichnet. Beide zeigten: 1. Atrophia nervi optici mit Nystagmus horizontalis und Strabismus convergens beim Fixiren; 2. Bradylalie bei eigenthümlich monotoner Stimme; 3. spastische Bewegungsstörungen der Extremitäten. Bei dem älteren, $6^1/_2$ Jahre alten Knaben tritt der Spasmus bei passiven Bewegungen des Kopfes, der Arme und Beine ein, an den Armen ist ausserdem Ungeschicklichkeit und Intentionstremor (bei Greifbewegungen), an den Beinen ein gewisser Grad von Parese unverkennbar; bei dem jüngeren, 5 Jahre alten Knaben besteht nur eine spastische Starre der unteren Extremitäten, die auch geringer ist als beim älteren, und eine Spur von Starre am Nacken. Während der ältere weder allein stehen, noch gehen kann (Gang spastisch, Füsse nahe beisammen, schleifen am Boden), steht der jüngere allein (wenn auch breitbeinig) und kann allein gehen, sowie klettern



und turnen, er schleift weniger, geht aber sehr breitbeinig und mit deutlicher Circumduction, wie der ältere. Bei dem älteren wurden die Krankheitssymptome bald nach der Geburt bemerkt, bei dem jüngeren traten sie erst gegen Ende des zweiten Lebensjahres hervor, während die Entwicklung bis dahin normal war. Die Intelligenz ist bei beiden Knaben sehr gut entwickelt. Verf. hält die familiäre Diplegie für das spastische Gegenstück der *Friedreich*'schen Krankheit. Von der multiplen Sclerose unterscheidet sie sich dadurch, dass die multiple Sclerose nicht congenital vorkommt und einen in Schüben fortschreitenden Verlauf mit apoplectiformen Anfällen zeigt. Verf. unterscheidet vier klinische Formen von cerebralen Diplegien: 1. Die allgemeine Starre (angeborene spastische Spinallähmung); 2. die paraplegische Starre (spastische Spinalparalyse der Kinder); 3. die bilaterale Hemiplegie; 4. die angeborene Chorea und die Hemiathetose. Diese cerebralen Diplegien, die sich in allen Stücken an die hemiplegischen Cerebrallähmungen der Kinder anschliessen und deren Kern die Fälle von sogenannter *Little*'scher Krankheit bilden, sind demnach Grosshirnerkrankungen. Auch unter ihnen werden Fälle gefunden, die ausschliesslich motorische Symptome ohne Schwachsinn zeigen. Da übrigens auch ein Bruder der beiden Geschwister gelähmt und idiotisch war, so ist Verf. geneigt, die beschriebene familiäre Affection den cerebralen Diplegien zuzurechnen.

---

# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

973. ***Essig als Mittel gegen Erbrechen nach der Chloroformnarcose.*** *Von R. Warholm. (Hygiea. 1893, October, pag. 321.)*

Als sehr zuverlässiges Mittel gegen Nausea und Vomitus nach Chloroformnarcose bewährte sich der Essig, auf dessen günstige Wirkung Verf. durch eine Patientin aufmerksam gemacht wurde, die nach der an ihr vollzogenen Hysterectomie beim Erwachen aus der Chloroformnarcose sich äusserst übel fühlte und deshalb Essig zum Riechen begehrte, den sie oft mit Nutzen gegen Uebelkeiten gebraucht hatte. Auch diesmal half ihr Mittel, das sie in den ersten 24 Stunden nach der Operation und auch noch einen Theil des folgenden Tages gebrauchte, so dass Kopfschmerz, Ekel und Erbrechen ausblieben, obschon sie zwei volle Stunden chloroformirt gewesen war. Verf. hat das Riechen an Essig bei etwa 30 Chloroformirten versucht und nur in einem einzigen Falle, bei einem Potator, der über eine Stunde chloroformirt war und sehr viel Chloroform geathmet hatte, keinen Erfolg erzielt. In einem Falle war die Wirkung nicht gross, die Kranke erbrach in den ersten 24 Stunden mehrere Male, doch blieb sie von Kopfweh verschont. In allen übrigen Fällen war der Effect sehr deutlich, in mehreren so gut wie absolut. Zehn von den Kranken waren eine Stunde und länger chloroformirt.

Bei drei, die früher nach Chloroformnarcose sehr elend gewesen waren, blieb jede Spur Uebelkeit aus. Bei zwei anderen, die früher 2 bis 3 Tage Kopfweh und violentes Erbrechen gehabt hatten, beschränkte sich das Erbrechen auf unbedeutendes Schleimbrechen in den ersten 12 Stunden nach der Operation; der Kopfschmerz blieb aus. Der Essig wird in der Weise angewendet, dass man vor die Nase des nach der Operation zu Bett gebrachten Kranken ein mit Essig befeuchtetes Tuch legt, von dem er dann nach dem Erwachen ad libitum Gebrauch macht. Ausserdem wird eine Flasche mit Essig an den Bettrand zur Benutzung bei Bedarf gestellt. Einen wesentlichen Vortheil gewährt die Essigbehandlung auch insoweit, als man dadurch nicht nöthig hat, dem Operirten in den ersten Stunden nach der Operation Speise und Trank zu entziehen. Mehrere Kranke erhielten sehr bald nach dem Erwachen aus der Narcose Wasser oder anderes Getränk und selbst kleine Mengen Speise, ohne dass irgendwie Erbrechen eintrat. *Th. Husemann.*

974. ***Zwei Fälle von Lungenphthise mit Senföl behandelt.*** *Von **Schill**. Vortrag in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. (Jahresbericht der Gesellschaft. 1893, pag. 79.)*

*Schill* stellte zwei Patienten mit Lungenphthise vor, welche er mit gutem Erfolge mittelst Senföl behandelt hat. Bei beiden sind Dämpfungen in den erkrankt gewesenen Lungenspitzen noch heute nachweisbar, es fehlen aber alle Krankheitserscheinungen bei dem einen der Behandelten seit 5, bei dem anderen seit $1^1/_2$ Jahren. Das Senföl wurde derart gegeben, dass 1·0 Ol. sinap. mit 100·0 Sacch. alb. verrieben und in gut schliessendem, weithalsigem Glase aufbewahrt und davon alle halben Stunden von Früh bis Abends eine Messerspitze voll genommen wurden. Bei Mahlzeiten wurde an Stelle des Senfzuckers eine Verreibung von Senföl mit Chlornatrium zu gleichen Theilen gegeben. In auffallend kurzer Zeit erfolgte Besserung das Appetites, Aufhören des Nachtschweisses, Verminderung des Sputums, Nachlass und Aufhören des Hustens. Nur consequente Durchführung der Behandlung sichert gute Erfolge. Das Medicament wird im Allgemeinen gern genommen. Der Athem des Patienten muss bald nach Ol. sinap. riechen.

*Knauthe.*

975. ***Ueber Cangoura.*** *Von Prof. **R. Kobert**, Dorpat. (Centralbl. f. klin. Med. 1893. 44.)*

Als Cangoura wird in Salvador ein immergrünes grosses Schlinggewächs bezeichnet, welches in warmen nassen Wäldern wächst und von *Carlos Renson* zur Familie der Connaraceen gerechnet wird. Die Samen der Pflanze werden zum Vergiften schädlicher Thiere benutzt. Für Vögel jedoch und speciell für wilde Hühner sollen dieselben unschädlich sein. Isst jedoch ein Mensch ein damit gefüttertes Huhn, so stirbt er. Die bei acuter Vergiftung am Hunde auftretenden Erscheinungen sind: Salivation, Erbrechen, Zittern, Verlust der Willkürbewegungen, klonische Krämpfe, verbunden mit Pupillendilatation und Augenblinzeln. Auch in den von Krämpfen freien Intervallen liegt das Thier nicht ruhig, sondern macht im Liegen oft Gehbewegungen. Nebenbei besteht Schlucken. Schliesslich stellt sich ein comatöser Zustand ein, die Athmung setzt aus, aus der Nase entleert sich blutige



Flüssigkeit und der Tod folgt. War die Vergiftung nicht tödtlich, so kommt es zu Hallucinationen, Störungen des Bewusstseins und epileptiformen Anfällen. *Renson* glaubt, dass das Mittel bei cerebralen Affectionen versucht werden sollte. Verf., der echte Samen und Früchte der Cangoura, sowie auch die von *Renson* benutzte Form des Fluidextractes aus den Früchten pharmakologisch prüfte, fand dieselben an Hund, Katze und Frosch völlig wirkungslos. In Frankreich ist *Bardet* zu demselben negativen Ergebniss gekommen. Verf. schliesst daraus, dass das wirksame Princip der Cangoura, da es nicht flüchtig zu sein scheint, sich beim Trocknen der Samen sehr rasch zersetzt. Es wäre also ganz vergeblich, mit dem Mittel in Kliniken Versuche anzustellen. *Loebisch.*

976. ***Eine neue Behandlungsmethode der exsudativen tuberculösen Peritonitis.*** *Von Dr. **W. Nolen**, Leyden. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 34.)*

Nach den ersten Mittheilungen über Heilung von tuberculöser Peritonitis nach einfacher Laparotomie erklärte man sich diesen Erfolg dadurch, dass vielleicht die bei der Laparotomie zur Anwendung gekommenen Antiseptica einen ungünstigen Einfluss auf die Entwicklung der Tuberkelbacillen geübt hätten. Bald nachher stellte es sich aber heraus, dass blos die Eröffnung der Bauchhöhle und die nachfolgende Entleerung des vorhandenen Exsudates, auch ohne Anwendung von Antisepticis zur Heilung der Tuberculose des Bauchfells führen konnte. Wie aber die Heilung zu Stande kam, blieb ein ungelöstes Räthsel. Als Verf. sich nun die Frage des Heileffectes des Bauchschnittes bei der tuberculösen Peritonitis überlegte, schien es ihm, dass nur wenige Momente in Betracht kommen könnten, und zwar: 1. Die durch die Entleerung der Bauchhöhle bedingte Aenderung der Circulationsverhältnisse; 2. der Luftcontact im chemischen, physikalischen und bacteriologischen Sinne. Da bei der einfachen Punction der Erfolg vermisst wird, so konnte die durch die Entleerung gesetzte Aenderung der Circulationsverhältnisse zur Erklärung nicht in Betracht kommen, und es blieb also nur übrig, in dem Luftcontact das therapeutische Agens zu suchen. Es lag daher auf der Hand, zu versuchen, bei der Punction das Peritoneum mit Luft in Berührung zu bringen. Und dies war leicht durch Einblasung von Luft in die Bauchhöhle zu erreichen. Nachdem Verf. sich von der Unschädlichkeit des Luftcontacts für das Peritoneum überzeugt hatte, führte er die Luftinsufflation in 3 Fällen von exsudativer tuberculöser Peritonitis durch. In allen 3 Fällen hat die Luftinsufflation den gewünschten Erfolg herbeigeführt, und zwar namentlich in dem Sinne, dass der Ascites nach derselben nicht wieder kam. Die Luftinsufflation wurde vom Verf. in folgender Weise vorgenommen: Ein circa 1 Liter haltender Kolben mit destillirtem Wasser zu $^2/_3$ gefüllt und mit einem Gummikorken, der 2 Glasröhren umfasst, verschlossen; das eine dieser Röhrchen leitet mittels eines Gummischlauches in einen mit sterilisirter Watte gefüllten Glascylinder, der an der anderen Seite mit einer Flasche in Verbindung gesetzt ist, worin aus einem Irrigator Wasser oder Borsäurelösung eingelassen werden kann. Der erstgenannte, destillirtes Wasser enthaltende Kolben wird durch das zweite Röhrchen



mit dem in die Bauchhöhle eingestochenen Troicart in Verbindung gesetzt. Verf. sticht nun mit einer *Fiedler*'schen, mit einem Gummischlauch verbundenen Hohlnadel zwischen Nabel und Spin. ant. sup. ossis ilei ein und lässt die Ascitesflüssigkeit in ein vorher sterilisirtes Gefäss ablaufen. Der Gummischlauch wird dabei in das auf den Boden des Zimmers gestellte Gefäss getaucht, so dass die Oeffnung des Schlauches sich unter dem Niveau der sich in dem Gefässe ansammelnden Ascitesflüssigkeit befindet. Die Flüssigkeit wird gleichsam aus der Bauchhöhle ausgehebert und es gelingt, wenn man die Nadel vorsichtig in die Tiefe der Bauchhöhle führt, eine fast vollständige Entleerung der Peritonealhöhle. Ist die Flüssigkeit entleert, so wird die Nadel ein wenig zurückgezogen und das hintere Ende gesenkt, so dass die Nadel jetzt in horizontaler Lage sich befindet und die Oeffnung gegen das Peritoneum parietale gerichtet ist. Jetzt wird der Schlauch zugedrückt, aus dem Gefässe gehoben und schnell mit dem, in den Kolben mit destillirtem Wasser eintauchenden, vor der Sterilisation mit einem sterilisirten Wattepfröpfchen versehenen Röhrchen verbunden. Die Bauchhöhle steht jetzt in Verbindung mit dem oben beschriebenen Apparat. Wird nun der mit Wasser oder mit Borsäurelösung gefüllte Irrigator gehoben, so fliesst diese Lösung in die leere Flasche, wodurch die in dieser Flasche vorhandene Luft in den mit sterilisirter Watte gefüllten Glascylinder entweicht, durch die Watte filtrirt, unten in den Kolben mit erwärmtem, sterilisirtem, destillirtem Wasser strömt und, durch das Wasser erwärmt, in Blasen emporsteigt und schliesslich in die Bauchhöhle eindringt. Der Irrigator wird nicht mehr als einen halben Meter gehoben. Der Druck, unter dem die Luft in die Bauchhöhle strömt, ist also ziemlich gering. Verf. liess die Luft ausströmen, bis die Bauchwand ein wenig gespannt war und brachte dann durch Eindrücken seiner Hände die Luft mit den Eingeweiden und daher auch mit dem Peritoneum in innigste Berührung. Nach 5 Minuten wurde dann durch Senken des Irrigators die Luft aus der Bauchhöhle aspirirt. Diese Aspiration muss in möglichst vorsichtiger Weise, während die Oeffnung der Nadel gegen die Bauchwand gerichtet ist, geschehen. Etwas Luft kann ohne Schaden in der Bauchhöhle zurückgelassen werden. Die Luftinsufflation ist ganz schmerzlos. Einen bis zwei Tage nach der Operation bleibt der Leib ein wenig meteoristisch aufgetrieben. Unangenehme Zufälle hatte Verf. nicht zu verzeichnen. Er erfuhr erst nachträglich, dass auch von Prof. *v. Mosetig-Moorhof* bei tuberculöser Peritonitis die Einblasung von Luft in die Bauchhöhle mit gutem Erfolge versucht wurde. Die Mittheilung seiner 2 Fälle befindet sich in der „Wiener Med. Presse“ (1893, 1 und 27). Im zweiten Falle, der einen 21jährigen Mann betraf, wurde zuerst die Laparotomie gemacht. Trotzdem aber alle Flüssigkeit sorgsam entleert und der atmosphärischen Luft durch längeres Offenhalten der Bauchwunde hinlänglich Gelegenheit gegeben war, mit der Serosa in Contact zu kommen, hatte dieselbe nicht den erhofften Effect. Auch die nachträgliche Paracentese und das wiederholte Einpumpen lauer atmosphärischer Luft liess im Stiche. Verf. zieht daraus den Schluss, dass der Reiz der einfachen Luft für



den gegebenen Fall ein zu geringer war, um den Heileffect hervorzurufen; erst als *v. Mosetig-Moorhof* ein zweites Mal punctirte und nachträglich durch Alkoholzusatz zum stärkerprocentigen Carbolwasser der durchströmenden Luft reizendere Eigenschaften verliehen, hatte er Erfolg. Wenn das Eindringen septischer Keime verhindert wird, dann ist bei dem Eingriff keine Gefahr; doch soll man die einzupumpende Luft nicht allzu reizend gebrauchen.
—r.

977. ***Ueber Ernährung mit einem geschmack- und geruchlosen Albumosenpräparate.*** *Von Dr. med. H. Hildebrandt, Elberfeld. (Aus d. Verhandl. d. XII. Congr. f. innere Med. zu Wiesbaden. 1893.)*

Bezüglich des Nährwerthes der Albumosen kamen *Pollitzer* und *Gerlach* zu dem Resultate, dass es zweifellos möglich ist, die gesammte Eiweissmenge der Nahrung in Form von Albumosen aufzunehmen und den Körper damit nicht allein im Gleichgewichte der Ernährung zu erhalten, sondern auch Fleischansatz zu erzeugen. Zu ähnlichen Resultaten gelangten *Zuntz*, *Munk*, *Emil Pfeifer* und *v. Norden*, welche sämmtlich die wichtigeren Handelsproducte (*Kemmerich, Denayer* etc.) in den Bereich der Untersuchung zogen. Nun enthalten die genannten Handelsproducte zum überwiegenden Theile Albumosen, während der Gehalt an richtigem *Kühne*'schen Peptone ein wesentlich geringerer ist. Aus den oben erwähnten Versuchen geht aber hervor, dass das eigentliche Pepton gar nicht das durchaus wünschenswerthe in diesen Präparaten ist. Vor einiger Zeit ist nun in den Elberfelder Farbenfabriken ein Präparat dargestellt worden, welches fast vollständig frei von *Kühne*'schem Peptone ist und im Wesentlichen aus Albumosen besteht. Es ist ein weissgelbliches Pulver, löslich in Wasser fast in jedem Verhältnisse. Seine Lösung ist klar, gelblich und entbehrt des für Pepton charakteristischen, unangenehm bitteren Geschmackes und leimartigen Geruches. Es ist dies das erste im Grossen dargestellte, so gut wie peptonfreie, aus reinen Albumosen bestehende Product. Sein Gehalt an Albumosen beträgt 84 bis 86%; sein Gehalt an Stickstoff 13·5%. 1 Grm. Albumosen entspricht demnach circa 4·5 Grm. fettfreiem Fleisch. Mit diesem Albumosenpräparate hat Verf. vor einiger Zeit Versuche begonnen, welche zunächst die Frage beantworten sollen, ob es, wenn neben dem Körper nur eine geringe Menge Eiweiss geboten wird, die keinesfalls genügt, um den Organismus auf seinem Bestande zu erhalten, eine chemisch-äquivalente Menge Eiweiss vollständig zu ersetzen vermöge, dass heisst auch physiologisch äquivalent seien. Als Versuchsthier diente eine Hund von 22 Kgrm. Körpergewicht. Der Versuch ergab am Schluss der ersten Fleischperiode Stickstoffgleichgewicht, im Anfang der Albumosenperiode Stickstoffansatz, am dritten Tage Stickstoffgleichgewicht und während des folgenden Tages Stickstoffverlust. Im Durchschnitt war in der Albumosenperiode der N-Ansatz geringer als in den Fleischperioden. Auffallend waren besonders gegen Ende der zweiten Periode die hohen Stickstoffausscheidungen durch den Koth. Dies findet seine Erklärung in der Dünnheit der Stühle, in welchen auch noch unveränderte Albumosen nachgewiesen wurden. Diese Ergebnisse

veranlassten Verf., weitere Versuche zu unternehmen, um zu entscheiden, ob etwa durch Verhinderung der zu starken Ausscheidung des stickstoffhaltigen Materiales durch den Koth es gelänge, alle verabreichten Albumosen zur Resorption zu bringen. Es konnte dies dadurch erreicht werden, dass nur ein Theil des N des Fleisches durch den N der Albumosen ersetzt wurde. Mit dieser Massnahme nähern wir uns den Verhältnissen am Krankenbette; denn in der Mehrzahl der Fälle dürfte die Schwierigkeit nur darin liegen, dass man nicht so viel stickstoffhaltige Substanz einzuführen im Stande ist, um den Organismus vor einem Deficit zu bewahren. Hier sollen dann die Albumosen als Sparmittel für das Körpereiweiss eintreten. Die Versuche ergaben, dass je mehr man sich bei der Verabreichung der Albumosen den für die Klinik massgebenden Verhältnissen nähert, ihre Wirksamkeit und ihr Werth nicht mehr durch Störungen (veranlasst durch verstärkte Peristaltik) beeinträchtigt wird. Beim Menschen ist das neue Albumosenpräparat bereits in grösserem Umfange dargereicht worden; es wurde stets gut vertragen. Die Dosen betrugen 5—15 Grm. pro Tag; doch wurden schon wesentlich grössere Mengen (bis 40 Grm. pro Tag) längere Zeit hindurch genossen. Wenn nun wirklich die reinen Albumosen diejenigen Stoffe sind, welche zum Ersatze des genuinen Körpereiweisses dienen können, so lag es nahe, zu untersuchen, ob das Albumosenpräparat zur Ernährung auch geeignet ist, wenn es vom subcutanen Zellgewebe aus zu den Geweben gelangt, ohne also einer etwaigen Veränderung im Magendarmcanale zu unterliegen. Verf. überzeugte sich zunächst, dass sterile Lösungen (in 0·7% Cl Na-Lösung) 5 bis 10% subcutan, ohne Entzündung zu erregen, injicirt werden können; auch fielen die nach *Buchner's* Methode zur Prüfung der Chemotaxis angestellten Röhrchenversuche negativ aus. Am Menschen wurden versuchsweise bis 10 Ccm. 5%iger Albumosenlösung in's subcutane Zellgewebe injicirt, ohne Localerscheinungen hervorzurufen. Wie *Buchner* bemerkt, erweisen sich Lösungen von Hemialbumosen (von *Grübler* bezogen), also den ersten Umwandlungsproducten der Eiweisskörper, als ziemlich stark anlockend auf Leukocyten, während dagegen den Endproducten, Peptonen, vielleicht vermöge ihrer Giftigkeit, eine abschreckende, lähmende Wirkung auf Leukocyten zukommt. Es ist bemerkenswerth, dass die Lösungen der fraglichen Albumosen subcutan injicirt von Thieren (sie bekamen mehrere Tage hindurch 0·5—1 Grm. pro Kgrm. Thier in 5% Lösung) gut vertragen wurden und weder locale Reizerscheinungen, noch Störungen des Allgemein befindens zur Folge hatten. Es lässt sich für dieses scheinbar abweichende Verhalten keine andere Erklärung geben, als die, dass *Buchner* die gesammten Hemialbumosen unter den Händen hatte, während die von Verf. zu den Versuchen benutzten Albumosen der Farbenfabriken lediglich bestehen aus Deutero- und Heteroalbumosen der Hemigruppe, sowie aus der gesammten Antigruppe. Die beiden anderen Bestandtheile der Hemialbumosen (Protero- und Dysalbumosen), welche wahrscheinlich bei den erwähnten grundlegenden *Buchner*'schen Versuchen Ursache der Reizwirkung gewesen sind, fehlen in dem Albumosenproducte der Farbenfabriken. Nach Injection von 50 Ccm. 5%iger Albumosen-



lösung (in 0·7% Cl Na) bei einem Hunde von 10 Kgrm. Gewicht fanden sich im Harne weder Albumosen, noch Pepton, noch Albuminate. Es sind demnach die Albumosen vollständig in den Geweben zurückbehalten worden. Vielleicht kann man daran denken, in Fällen von Behinderung der Nahrungsaufnahme per os, diese durch subcutane Injection von N-haltigen Nährstoffen (Albumosen) bis zu einem gewissen Grade zu ersetzen. Es würde dann die neuerdings in verschiedenen pathologischen Zuständen erprobte parenchymatöse Cl Na-Infusion hierzu vielleicht benutzt werden können. —*sch.*

978. ***Zur Behandlung von Lähmungen mit Strychnininjectionen.*** *Von Dr. v.* **Boltenstern**, *Freystadt. (Therap. Monatsh. 1893. August. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 86.)*

Bei einem Patienten, welcher in Folge unmässigen Alkoholgenusses eine völlige Lähmung der unteren Extremitäten, eine fast vollständige der oberen sich erworben hatte, leitete Verf. neben heissen Bädern mit kalten Uebergiessungen und Faradisation eine Cur mit Strychnininjectionen ein und erzielte damit eine wesentliche Besserung. Am ersten Tage injicirte Verf. von einer 1%igen Lösung von Strychnin. nitric. $^1/_{10}$ *Pravaz*'sche Spritze und steigerte täglich die Dosis um die gleiche Quantität, bis zur ganzen Spritze. Die erste Dosis enthielt also 0·001, die grösste Einzeldosis 0·01 Strychnin. nitric. Nach einer 6tägigen Pause injicirte er noch 9 Tage die letzte Dosis. Die Gesammtmenge des injicirten Strychnin. nitric. betrug also 0·145. Daneben wurden alle 3 Tage ein Bad von 30° mit kalten Uebergiessungen und später jeden zweiten Tag der faradische Strom (Pinsel) an den gelähmten Extremitäten angewandt, und zwar circa 4 Wochen lang. Der Alkoholgenuss wurde natürlich strengstens regulirt. Die Besserung schritt stetig vorwärts und nach $4^1/_2$ Monaten konnte der Patient wieder in seinem Gewerbe thätig sein.

---

## Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

979. ***Myomotomie oder Castration.*** *Eine Mittheilung an den internationalen Congress für Gynäkologie und Geburtshilfe. Von Dr.* **Mendes de Léon**, *Amsterdam. (Verhandl. d. internat. gyn. Congr. Brüssel 1892.)*

Der bekannte Amsterdamer Gynäkologe Dr. *Mendes de Léon* gelangt auf Grundlage seiner eigenen Erfahrung und bei sorgfältiger Erwägung der statistischen Resultate anderer Operateure in der Erörterung der angeregten Frage zu folgenden Schlüssen: 1. Die Castration ist bei Myomen des Uterus in den richtig gewählten Fällen eine radicale Operation. 2. Sie verdient in diesen Fällen den Vorzug vor der supravaginalen Amputation, welche viel gefährlicher ist. 3. Wenn man eine rationelle Auswahl der Fälle trifft, in welchen Fällen die Castration und in welchen die Myomotomie indicirt ist, so wird die Statistik der operativen Behandlung der Fibromyome günstiger werden. 4. Das befriedigende Resultat und die relativ minimen Gefahren der Castration werden



wenn sie einmal allgemein anerkannt sind, der operativen Therapie der Fibromyome des Uterus ein weites Feld eröffnen. 5. Die Castration ist indicirt, wenn die Hämorrhagie das Hauptsymptom ist, wenn die obere Partie des Tumors die Umbilicallinie nicht überragt. Diese beiden Indicationen finden sich gewöhnlich vereint. Es ist gerade in diesen Fällen, dass die Adnexe gewöhnlich pathologische Veränderungen bieten und dass der Tumor nach der Castration die Tendenz hat, zu atrophiren. Weiters ist die Castration indicirt, wenn der Tumor nicht durch sein Volumen, sondern durch die Art seines Wachsthumes Compressionserscheinungen veranlasst. Es sind dies immer Tumoren, welche sich in der Richtung des kleinen Beckens entwickelt haben und deren Exstirpation nicht ohne grosse Schwierigkeiten erfolgt. Es bleiben daher für die Myomotomie nur die Tumoren von aussergewöhnlichen Volumen und die Fälle, in denen die cystische Degeneration des Tumors zu fürchten ist. Der Verf. führt als Beweise die von ihm operirten Fälle an, allerdings mit sehr günstigem Verlaufe. Unter 22 Fällen, bei denen er wegen Fibromyomen die Castration vornahm, hatte er keinen Todesfall. Bei Myomotomien, 21 von Verf. operirten Fällen, hatte derselbe dreimal letalen Ausgang zu beklagen, und zwar war in diesen Fällen der Exitus verursacht: durch Embolie der Pulmonalarterien, dann durch acute allgemeine Peritonitis, endlich durch Atrophie des Myocardiums. *Kisch.*

980. ***Adnexoperationen unter gleichzeitiger möglichster Schonung der Adnexen, um die Menstruations- und Ovulationsfunction zu erhalten.*** *Von William M. Polk, New-York. (Amer. Journ. of Obstetr. 1893, Juni-Heft, pag. 883.)*

Verf. meint, dass man heutzutage Tuben und Ovarien bei Adnexerkrankungen zu häufig entfernt, wo man sie zuweilen doch noch ganz oder wenigstens theilweise erhalten kann und dadurch das Weib vor der Sterilisation zu bewahren vermag. Bei chronischen Adnexerkrankungen hat man den Bauchschnitt nicht grösser zu machen, wie bei einer Explorativincision. Bevor man die Adnexen entfernt, hat man sie früher immer genau zu besichtigen. Ist man über die Beschaffenheit des Ovariums nicht im Reinen, so mache man eine Explorativincision in dasselbe oder eine Probepunction. Enthält es Eiter, so muss es entfernt werden. In dem Falle ist auch die dazu gehörige Tuba zu entfernen. Enthält die Tuba Eiter, das Ovarium aber keines, zeigt letztgenanntes Organ auch keine cystische Degeneration, so kann unter Umständen das Ovarium zurückgelassen werden und die Tuba nur partiell resecirt werden. Das Gleiche gilt noch mehr bei Gegenwart einer Hydro- oder Hämatosalpinx. Kleine Cysten erheischen nicht immer die Entfernung des ganzen Ovariums. Man resecirt die cystös degenerirte Partie und lässt den Rest des Ovariums zurück. Findet man das Abdominalende der Tuba offen, die Tuba aber selbst an die Nachbarschaft adhärirend, ihre Wand parenchymatös entzündet und nebenbei noch eine Endosalpingitis, so muss die Tuba durchaus nicht stets entfernt werden, es wäre denn, dass sie Eiter enthielte. Ist das Abdominalende der Tuba verschlossen, so ist auch hier nicht immer die Salpingotomie unbedingt nöthig. Man eröffne das verschlossene Abdominalende und sehe nach, wie das Contentum



beschaffen ist. Besteht es aus Eiter oder altem Blute, so muss die Tuba exstirpirt werden. Ist dies aber nicht der Fall, so reinige man das Tubarohr, säume die Ränder der gemachten Oeffnung ein und versenke wieder die Tuba. Adhäsionen der Tuben und Ovarien erheischen durchaus nicht immer die operative Entfernung dieser Organe, es wäre denn, dass die Adhäsionen so fest sind, dass sie sich nicht lösen lassen und dass diese Organe schon schwer erkrankt sind. Schliesslich erwähnt Verf., dass er in 48 Fällen in dieser Weise vorging und dadurch belohnt wurde, dass einige Male späterhin die Operirten gravid wurden, was nicht geschehen wäre, wenn er auf die gewöhnliche, jetzt übliche Weise vorgegangen wäre und stets die Adnexen entfernt hätte. *Kleinwächter.*

981. ***Ueber das sogenannte Dérangement interne der Gelenke.*** *Von Dr. Messner, München. (Berliner Klinik. 1893. 65.)*

Unter Dérangement interne der Gelenke versteht man in der Chirurgie Störungen in der Function der Gelenke, die meist durch ein Trauma hervorgerufen worden sind, über deren pathologisch-anatomische Grundlage man sich aber im einzelnen Fall nicht im Klaren ist, so dass man sie keiner der gewöhnlichen Rubriken der Gelenkaffectionen, wie z. B. Contusion, Distorsion, Luxation oder Subluxation etc., zuweisen kann. So verschieden im Einzelnen die anatomischen Ursachen sein können, welche die Affection bedingen, so ist doch das Krankheitsbild in den meisten Fällen sehr übereinstimmend. Namentlich zwei Symptome sind es, welche der Affection eigenthümlich sind: 1. ausserordentliche Schmerzhaftigkeit, 2. Fixation des Gelenkes in einer bestimmten Stellung, und zwar meistens in einer Flexionsstellung. Es sind dies dieselben Symptome, welche wir bei freien Körpern in den Gelenken der sogenannten Gelenkmäuse finden, wenn diese sich in die Gelenkspalte einklemmen. Unser Bestreben muss es natürlich sein, in jedem einzelnen Fall zu bestimmen, worin der Grund der Störung beruht, um danach unser therapeutisches Handeln einrichten zu können, und in der That ist es auch diesen Bestrebungen in den letzten zwei Jahrzehnten gelungen, zwei Gruppen von Gelenkaffectionen aus dem Sammelbegriff des Dérangement interne auszuscheiden und die eine als Luxation oder Abreissung der Semilunarknorpel des Kniegelenks, die andere als Kapselfalteneinklemmung der Gelenke besser und präciser zu bezeichnen. Durch die eingehenden Arbeiten von *Allingham* aus dem Jahre 1889 und *Bruns* aus dem Jahre 1892 ist es ausser allen Zweifel gesetzt, dass eine Luxation oder Abreissung der Semilunarknorpel des Knies relativ häufig zu Functionsstörungen Veranlassung gibt, die man früher unter der Bezeichnung Dérangement interne mit anderen Affectionen zusammengeworfen hat. *Bruns,* der selbst vier Fälle beobachtete, hat in Gemeinschaft mit *Henke* Experimente an der Leiche vorgenommen und erwiesen, dass der Mechanismus der Luxation der Semilunarknorpel auf forcirter Rotation, insbesondere bei flectirtem Kniegelenk, beruht, und *Mourlt* hat durch Leichenexperimente nachgewiesen, dass die am häufigsten beobachtete Ausreissung des vorderen Endes des Meniscus internus durch forcirte Aussenrotation zu Stande kommt. Die grössere Häufigkeit der Luxation des Meniscus internus erklärt *Bruns* aus der geringeren Verschieblich-



keit desselben. Ferner haben die Untersuchungen von *Bruns* und *Henke* erwiesen, dass es sich in den meisten Fällen gar nicht um complete Luxation der Menisken handelte, sondern um Ausreissung der Anheftungsstelle derselben, und zwar gewöhnlich der vorderen. Diese Verletzung kann aber nur zu Stande kommen, wenn der Bandapparat weder erschlafft, noch gleichzeitig verletzt ist. Nur unter der Voraussetzung, dass die Gelenkfläche des Femur und der Tibia durch die straffen Seiten- und Kreuzbänder fest gegen einander gepresst werden, wird der Meniscus durch den Femurcondylus in seiner Mitbewegung mit der rotirenden Tibia gehemmt und bis zur Abreissung gespannt. Im Gegensatz zu dieser Auffassung der Entstehung der Luxation des Semilunarknorpels erwähnt *Borck,* welcher auf dem letzten Chirurgencongress aus der Rostocker chirurgischen Klinik einen bezüglichen Fall vortrug, dass Verletzungen der Zwischenknorpel mit Vorliebe in solchen Gelenken vorkommen, deren Bandapparat derartig gelockert, deren Kapsel so erweitert ist, dass den normalen Bewegungen nicht genügende Hemmungskräfte entgegengesetzt und abnorme Bewegungen im Gelenke möglich werden. Diesen scheinbaren Widerspruch der *Borck*'schen und der *Bruns*'schen Auffassung über die Entstehung der Affection erklärte sich Verf. dadurch, dass Ersterer die viel selteneren Fälle meint, bei denen nur eine abnorme Beweglichkeit der Menisken vorliegt, während *Bruns*' Erklärung für das Zustandekommen der Luxation der Menisken im Gefolge von Ruptur, welche die gewöhnliche Form ist, zweifellos die richtige sein dürfte.

Die Affection der Luxation eines Semilunarknorpels ist immerhin eine seltene: es sind im Ganzen erst 44 Fälle in der Literatur beschrieben. Verf. selbst vermehrt diese Zahl um zwei Fälle, einen aus der *Volkmann*'schen Klinik und einen an sich selbst beobachteten. Den ersten Fall siehe im Original. Beim Verf. trat die Affection folgendermassen ein: Er wollte sich eben auskleiden, um zu Bett zu gehen, da stiess er an ein kleines Tischchen, so dass es umzufallen drohte. Um dasselbe zu halten, machte er sehr rasch eine kräftige Drehbewegung „Rechtsum“, und zwar ruhte das ganze Körpergewicht dabei auf dem rechten leicht flectirten Bein. Dabei verwickelte sich der Stiefelabsatz derart in den Bodenteppich, dass der Fuss vollständig festgestellt wurde und der Unterschenkel die Bewegung nicht mitmachen konnte. Die ganze Rotation erfolgte daher im Kniegelenk. Er fühlte plötzlich einen furchtbaren Schmerz im Knie an der Gelenkspalte median von der Patella und stürzte wie vom Schlag getroffen zusammen. Da lag er zu Boden und konnte nicht die geringste Bewegung im rechten Kniegelenk machen. Das Gelenk war leicht flectirt und vollständig fixirt. Da das Bein entkleidet war, sah und fühlte er an dem nackten Knie an der Gelenkspalte zwischen innerem Rand der Patella und dem Lig. lat. int. einen abnormen bleistiftdicken Wulst, der sich knorpelhart anfühlte. Er nahm das Knie zwischen beide Hände und drückte mit dem Daumenballen der linken Hand fest auf die prominente Stelle. Da fühlte er plötzlich, wie der Wulst unter seiner Hand im Innern des Kniegelenks verschwand und ebenso plötzlich hörte der Schmerz auf und die Bewegungen im Gelenk wurden wieder frei. Darauf wickelte er mit einer Flanellbinde das ganze Knie fest ein,



legte sich zu Bett und konnte am anderen Morgen aufstehen und seinem Beruf nachgehen. Es ist nicht zweifelhaft, dass es sich bei ihm um eine Luxation, respective Subluxation und Einklemmung des inneren Meniscus gehandelt hat. Wahrscheinlich handelte es sich dabei nur um ein stärkeres Vortreten und um eine Einklemmung des Randes des Meniscus in Folge von Zerreissung des vorderen Heftbandes. Daher erklärt sich auch die Leichtigkeit, mit welcher die Reposition gelang. In vielen und namentlich in veralteten Fällen wird es unmöglich sein, die Reposition auszuführen und dann muss man ebenso wie in denjenigen Fällen, bei welchen man den reponirten Meniscus nicht durch eine Kniekappe, elastische Binden etc. zurückzuhalten vermag, zum Messer greifen. Man schneidet das Kniegelenk breit auf und näht den dislocirten Meniscus an seiner normalen Stelle an oder man exstirpirt ihn total. Die Wahl des Verfahrens richtet sich nach den Verhältnissen, wie man sie in dem einzelnen Fall vorfindet. Die Resultate des operativen Eingriffes sind ganz vorzügliche, wie *Bruns* in seiner Arbeit nachgewiesen hat. Eine der Subluxation der Semilunarknorpel des Knies analoge Verletzung, welche man früher ebenfalls dem Dérangement interne zugezählt hat, ist eine besonders bei Kindern häufig vorkommende Affection des Handgelenks, welche wir nach *Goyrand* jetzt besser und präciser als Subluxation der Cartilago triangularis nach vorn auf die Ulna bezeichnen. Wir beobachten ziemlich häufig, dass kleine Kinder, wenn sie an einem Arm z. B. eine Treppe hinaufgezogen oder über einen Rinnstein gehoben oder im Fallen festgehalten werden, ganz plötzlich unter heftigem Aufschreien die Hand und den Vorderarm nicht mehr bewegen können; die Hand steht in Pronation fest fixirt, alle Muskeln des Vorderarms sind stark gespannt und das Handgelenk ist sehr schmerzhaft. Bei genauester Untersuchung findet man bei frischen Fällen meist keine palpabeln Veränderungen an den Contouren des Gelenks. Durch Zug und Rotation der pronirten Hand in die Supination wird die Subluxation schnell reponirt und eine weitere Nachbehandlung ist meist unnöthig. Verf. hat in den von ihm beobachteten Fällen die Adductionsstellung (Ulnarflexion) der Hand, welche *Goyrand* gemäss der Entstehung der Affection für charakteristisch hält, vermisst. Ferner hatte er niemals am Handgelenk irgend einen Vorsprung oder einen abnormen Körper nachweisen können, den er hätte als subluxirten Gelenkknorpel deuten können. Es war wohl *Richard v. Volkmann*, welcher zuerst darauf hingewiesen hat, dass für gewisse Fälle von Dérangement interne der Gelenke der Grund der Functionsstörung in einer Einklemmung einer Kapselfalte in der Gelenkspalte zu suchen sei. Diese Hypothese, für welche bis jetzt allerdings keine pathologisch-anatomischen Beweise vorliegen, hat etwas sehr Bestechendes, da sie viele Fälle von Dérangement interne in der zwanglosesten Weise erklärt. Gerade diejenigen Fälle, bei welchen an einem bis dahin ganz gesunden Gelenk eine relativ geringe Gewalteinwirkung eine verhältnissmässig schwere, wenn auch nur vorübergehende Functionsstörung verursacht, gerade diese Fälle sind es, die ohne die *Volkmann*'sche Hypothese der Erklärung am meisten Schwierigkeit machen. (Die bezüglichen zwei Fälle, die Verf. schildert, siehe im



Original.) Immer ist es eine relativ geringe Gewalteinwirkung, welche eine verhältnissmässig schwere Functionsstörung in einem vorher ganz gesunden Gelenk hervorruft. Die Hauptsymptome der Affection, grosse Schmerzhaftigkeit bei Bewegungsversuchen und Fixation der Gelenke in einer bestimmten Stellung werden leicht in Narcose beseitigt und darauf erfolgt eine vollständige Restitutio ad integrum. In keinem der vom Verf. beobachteten Fälle ist späterhin ein Recidiv eingetreten und er hält gerade diese Beobachtung für wichtig gegenüber dem Einwurf, es könnte sich bei diesen Fällen eben doch vielleicht um eine eingeklemmte Gelenkmaus gehandelt haben, die man bei der Untersuchung nur nicht gefunden hat.

Wie schon oben bemerkt, fehlt der Diagnose „Kapselfalten-Einklemmung" bis jetzt die Unterlage eines pathologisch-anatomischen Beweises. — Verf. versuchte der Lösung der Frage durch Experimente an der Leiche näher zu kommen, es ist ihm aber nicht gelungen, etwas zu Stande zu bringen, was er als Kapselfalten-Einklemmung hätte auffassen können. Mithin bleibt nichts Anderes übrig, als die *Volkmann*'sche Ansicht über Kapselfalten-Einklemmung vorläufig für eine Hypothese zu halten. Physiologisch steht nach Verf.'s Ansicht dieser Hypothese nichts im Wege: Für gewöhnlich wird ja die Gelenkkapsel durch Muskelfasern, welche die über die Gelenke wegziehenden Muskeln an die Kapseln abgeben, gespannt erhalten, und es wird so verhindert, dass sich Theile der Gelenkkapsel bei Bewegungen in die Gelenkspalte einklemmen. Es ist nun denkbar, dass durch ein Trauma (Stoss, Schlag oder Fall) ein diese Kapselspannung bewirkender Muskel oder Muskelbündel getroffen und in dem Augenblicke ausser Action gesetzt wird, wo eine Bewegung im Gelenke stattfindet. Dadurch kann dann die nicht gespannte Gelenkkapsel zwischen den Gelenkenden eingeklemmt werden. Ebenso ist denkbar, dass es durch ein Trauma zu einer temporären Subluxation in einem Gelenke kommt, wobei sofort die Knochen wieder in ihre normale Lage zurückgehen, aber ein Stück Kapselwand zwischen sich einklemmen. Da diese Einklemmung heftigen Schmerz verursacht, so treten plötzlich alle Muskeln, die das Gelenke umgeben, reflectorisch in Action und stellen das Gelenk fest, um jede Bewegung hintanzuhalten. Verf. will nicht behaupten, dass die beiden soeben besprochenen Affectionen der Subluxation, der Menisken und der Kapselfalten-Einklemmungen alle Fälle von Dérangement interne erklären; es gibt noch eine ganze Anzahl allerdings seltener Verletzungen, wie z. B. die von *Allingham* beschriebene Verschiebung der Ligamente alaria oder die von *Dittel* beobachtete Ausreissung der Kreuzbänder, die unter Umständen, wenn sich Theile der abgerissenen Bänder in der Gelenkspalte einklemmen, ganz ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen können. Auch extraarticuläre Verletzungen können bei der Diagnose gelegentlich mit in Betracht kommen. So hat z. B. *Bourguet* das Dérangement interne des Ellbogengelenkes in der Weise zu erklären gesucht, dass sich bei einer zu starken Einwärtsrollung des Radius die Tuberositas bicipitalis desselben hinter dem gegenüberstehenden Rande der Ulna festklemmt, wobei sich Muskelfasern des Supinator

brevis interponiren. Die Reduction werde, sagt *Bourguet*, unter klappendem Geräusche einfach durch forcirte Supination bewirkt. Verf. hat eine andere Affection, deren Vorkommen lange Zeit bestritten worden ist, und die ähnliche Symptome hervorruft. wie das Dérangement interne der Gelenke, an der Leiche im Operationscurse zufällig beobachtet, nämlich eine isolirte Luxation des langen Kopfes des M. biceps brachii. Dieselbe betraf einen Fabriksarbeiter, der wegen innerer Verletzungen moribund in der Klinik aufgenommen worden. Die Leiche wurde zum Operationscurse verwendet und da fand sich am rechten Oberarme, der sonst keinerlei Verletzungen zeigte, bei Resection der Schulter die Decke des Sulcus intertubercularis (die fasciale Scheide) der ganzen Länge nach eingerissen und der Sulcus selbst leer. Die Sehne des Biceps fand sich ganz nach innen und hinten dislocirt. Diese Luxation der Bicepssehne, welche am Lebenden bis jetzt nur selten diagnosticirt wurde, ist charakterisirt durch grosse Schmerzhaftigkeit und durch behinderte Streckung des Ellbogengelenkes. Nach *Cowper* soll die Luxation besonders nach forcirter Elevation des Armes entstehen und durch einen heftigen Schmerz in der Gegend des Tuberculum minus und durch die Unmöglichkeit, Bewegungen im Schultergelenke auszuführen, charakterisirt sein. Bei aufmerksamer Untersuchung wird es an nicht zu fetten Personen meist möglich sein, eine richtige Diagnose zu stellen. da man den Sulcus intertubercularis leer findet und die Sehne des Biceps als glatten Strang an abnormer Stelle nachweisen kann. In ähnlicher Weise, wie am Oberarme durch Luxation der Bicepssehne kommen an der unteren Extremität durch Luxation der Sehne des M. peronaeus und Tibialis posticus Functionsstörungen in den benachbarten Gelenken zu Stande, die mit den Zuständen des Dérangement interne viel Aehnlichkeit haben. —r.

982. ***Uterus bicornis. Graviditas cornu sinistri repetita.*** *Von Prof. Dr. **Ludwig Kleinwächter**. (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXVI, Heft 1, pag. 144.)*

Verf. beobachtete einen Fall eines zweihörnigen Uterus, in dem zweimal nach einander Schwängerung des linken Uterushornes mit Auslauf in Abort eintrat. Derselbe betraf eine 31jährige Frau. die früher viermal geboren. Als Verf. die Frau das erstemal sah. fand er den Uterus, wie in der 4.—6. Woche vergrössert, succulent. weich, nach links verzogen und links neben ihm und mit ihm in Verbindung stehend, entsprechend der Höhe des Fundus einen streng umschriebenen welschnussgrossen, harten empfindlichen Tumor. Nach der Anamnese war vor 4 Monaten die Menstruation 6—7 Wochen ausgeblieben, worauf sich unregelmässige Blutungen einstellten, die die ganze Zeit hindurch anhielten. Einmal wurde die Kranke von einer Aerztin während dieser Zeit sondirt. Verf. glaubte, ein parametrales Exsudat nach vorausgegangenem Abort vor sich zu haben und behandelte die Kranke mittelst des Jodwattetampones. Am 10. Tage der Behandlung fand er, nachdem einige Stunden früher eine heftigere Blutung unter wehenartigen Schmerzen eingetreten war, in der Vagina ein Abortivei aus der 5.—6. Woche liegen und den Tumor links neben dem Uterus geschwunden. Als er die Frau 4 Wochen bei involvirtem Uterus untersuchte, fand



er das linke Uterushorn deutlich grösser als das rechte. 19 Monate später kam die Frau wieder, klagte über Blutungen und gab anamnestische Daten an, die abermals einem Aborte aus den ersten Wochen entsprachen. Er excochleirte aus dem Uterus Placentarstückchen und Eihautreste. Hierbei konnte er deutlich nachweisen, dass das linke Horn des Uterus um 2 Cm. länger war, als das rechte, 7 Cm. lange. Die Eihautreste sassen im linken Uterushorne. Beide Male liess sich nachweisen, dass das uterine Ende der linken Tuba, gegenüber dem gleichen Abschnitte der rechten Tuba geschwellt und verdickt war. Das Ovum hatte demnach beide Male seinen Sitz im grösseren linken Horne des Uterus bicornis gehabt und hatte an der Schwangerschaftshypertrophie das centrale Endstück der Tuba mit participirt. Nach den anamnestischen Daten und dem Befunde lag der Verdacht nahe, dass beide Male der Abort künstlich eingeleitet war. Der mitgetheilte Fall zählt zu den grossen geburtshilflichen Raritäten. *—r.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

983. ***Ueber die Behandlung der chronischen Empyeme der Oberkieferhöhle.*** *Von Dr. **Jansen**, Berlin. (Monatsschr. f. Ohrenhk., sowie f. Kehlkopf-, Nasen-, Rachenkrankheiten. 1893, October, pag. 291.)*

Verf. schildert das Verfahren, welches er seit etwa zwei Jahren an einer Reihe von circa 20 Fällen geübt hat. Er führt einen horizontalen Schnitt dicht über den Zähnen durch das Zahnfleisch bis zum Augenzahn etwa, und von da einen Schnitt aufwärts. Nach Abheben dieses vom Proc. alveol. genommenen Schleimhautlappens, respective Schleimhautperiostlappens, mit der Basis oben oder hinten oben, wird die ganze vordere Wand der Oberkieferhöhle mit Meissel und Knochenzange entfernt, unter Schonung des Foramen infraorb., im Uebrigen aber bis zur Flucht der unteren medialen, lateralen und meist auch der oberen Wand. Die Höhle wird ausgeschabt, etwaige Sequester entfernt, die Blutung durch Tamponade gestillt, dann der Schleimhautlappen in die Höhle hineingeschlagen und durch Jodoformgaze fest tamponirt. Nach 8—14tägiger Wundbehandlung mit Jodoformgaze wird ein möglichst (finger-) dicker Obturator aus vulcanisirtem Kautschuk — nach Modell angefertigt — eingeführt. Der Obturator ist entweder am Gebiss befestigt oder wird durch eine Klammer von Gold etc. am Zahn festgehalten und kann vom Kranken leicht herausgenommen und wieder eingeführt werden. — Die Operation geschieht in Chloroformnarcose oder bei Cocainanästhesie und dauert bis zu $^{1}/_{2}$ Stunde. — Während der ganzen Nachbehandlung bleibt die Höhle übersichtlich. — Die Heilung erfordert eine lange Zeit, circa 2 Jahre. Eine Entstellung tritt nicht ein. *Szenes.*

984. ***Verletzung der Linse.*** *Von Dr. **B. L. Millikin.** (The ophthalm. Rev. 1892. 10. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 89.)*

Vom klinischen Standpunkte theilt Verf. die Verletzungen der Linse in zwei Arten: 1. Diejenigen, bei der die Hautverletzung

68*



die Linsensubstanz an sich betrifft und 2. diejenigen, bei der ausserdem die Läsion mit einer schweren anderer Augengewebe complicirt ist; diese zweite ist die beiweitem häufiger vorkommende. Bei der ersten Art beruhen die Verletzungen gewöhnlich auf abgesprengten Eisen- oder Stahltheilchen, die sich in der Linsensubstanz festlagern, auch auf solchen, die nicht zurückgeblieben sind und die je nach Form, Umfang und Vehemenz der Verwundung sehr verschiedene Läsionen verursachen. Durchdringen dieselben die Linse und treten in den Glaskörper, so entstehen Complicationen, die von der schliesslichen Lagerung des Fremdkörpers abhängen. Von der zweiten Classe sind diejenigen Verletzungen am bedenklichsten, die mit Verletzungen des Corpus ciliare complicirt sind. Der Verlauf hängt wesentlich vom Austritt oder Verbleiben des Fremdkörpers im Auge ab, und auch das Alter der Kranken trägt direct zu dem Resultat der Behandlung bei. Das erste Erforderniss der Therapie für jüngere sowohl als auch ältere Personen besteht in der Entfernung des Fremdkörpers, wenn irgend möglich, und in der darauffolgenden Reinigung mit aseptischen oder antiseptischen Waschungen. Falls die Verletzung sich auch auf die Iris erstreckt hat, so liegt grosse Gefahr einer plastischen Verwachsung dieser mit der Linse vor. Zur Verhütung der letzteren applicire man eine hinreichend kräftige Atropinlösung zur vollständigsten Dilatation der Pupille. Bei jüngeren Individuen ist wenig Besorgniss wegen glaucomatöser Symptome; wenn sie aber auftreten, so kann die gesteigerte Spannung durch Entleerung der vorderen Kammer vermieden werden. Der cataractöse Zustand in solchen Fällen beruht wahrscheinlich auf einem unzulässigen Gebrauch des Auges zur Zeit, wo ihm Ruhe unbedingt noth that. Binden sollen gewöhnlich nur so lange angelegt werden, bis die Wunde geheilt ist, ausgenommen dass Blutung ihren mässigen Druck erfordert. In Fällen einer plastischen Adhäsion zeigt sich die alternirende Application des Atropin und Eserin erfolgreich.

985. ***Kaltes Wasser und Ohrenkrankheiten.*** *Von Doctor Huysman, Utrecht. Vortrag bei der Sitzung der Niederländ. Gesellsch. für Hals-, Nasen- und Ohrenhk. Juli 1893. (Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 10.)*

Weder bei den Otologen, noch sogar bei den Balneologen hat Verf. auch nur die geringste Empfehlung einer Kaltwasserbehandlung bei Ohrenkrankheiten gefunden. Und mit Recht! Jedes Jahr mit dem Anfang der Badesaison bekommt man Ohrenkranke zur Consultation, entweder mit Ohrenschmerzen oder Otitis. Was ist nun das schädliche Moment des kalten Wassers? Verf. glaubt, weder die Kälte, noch die Infection, sondern das regelmässige Wegspülen des Cerumens, das Maceriren und Austrocknen des Gehörganges. Ein einziges Bad macht gewöhnlich keine Taubheit, wohl dagegen das tägliche Baden. In der darauffolgenden Discussion hält Prof. *Guye* die Abkühlung als die hauptsächliche Schädlichkeit. Er erwähnt auch die Meinung von *Field* u. A. bezüglich der Entwicklung von Exostosen des Meatus durch den Gebrauch von Seebädern. Er selbst sah ein frappantes Beispiel dieser Art. Dass die Kälte das schädliche Moment ist, geht auch



aus dem entzündungerregenden Einfluss von Schneestürmen, den er öfters constatirt hat, hervor. Nach Dr. *Zwaardemaker*, Utrecht, wird das Ohr als Gehörorgan im Seebad auf harte Probe gestellt; durch eine Statistik liesse sich die Frage entscheiden. Dr. *Burger*, Amsterdam, erwähnt einen von ihm in der *Pel*'schen Klinik beobachteten Fall, der zeigt, dass man sich im Bade auch inficiren kann. Ein Patient bekam nach einem Flussbade Ohrenschmerz und acute Mittelohrentzündung, welche innerhalb zehn Tagen den Tod durch Basalmeningitis herbeiführte. Dies lässt sich nur durch eine Infection per tubam während des Bades erklären. —*r.*

986. ***Temporäre Resection der Nase auf die Dauer von drei Wochen zum Zwecke der Entfernung von Schleimpolypen aus den Nasenhöhlen.*** *Von Dr. A. Panné, Paris. (Arch. internat. de Laryng. etc. 1893. Juli-August. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 10.)*

Ein junger Mann von 19 Jahren litt seit seinem 15. Lebensjahre an Nasenpolypen, welche ihm die heftigsten Beschwerden bereiteten und zu einer beträchtlichen Verunzierung der Nase Veranlassung gaben. Zahlreiche Versuche, dieselben auf natürlichem Wege zu beseitigen, hatten nur vorübergehenden Erfolg und vermochten rasches Wiederwachsthum nicht zu verhindern. Verf. entschloss sich zur Resection der Nase, klappte dieselbe nach rechts um und curettirte ausgiebig das Naseninnere mit darauffolgender Anwendung der Glühhitze. Um sicher zu sein, alles Krankhafte zu entfernen und Recidiven vorzubeugen, verhinderte er die Schliessung der Operationswunde, entfernte vielmehr in vier weiteren Sitzungen in gleicher Weise, wie angegeben, alles Verdächtige. Erst drei Wochen nach der ersten Operation vereinigte er die resecirte Nase durch tiefe und Hautsuturen in normaler Weise mit dem Gesichte und erzielte Heilung per primam. Nach drei Monaten kein Recidiv.

---

## Dermatologie und Syphilis.

987. ***Das seborrhoische Eczem.*** *Von P. G. Unna, Hamburg. (Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 79. Leipzig, Breitkopf und Härtel, 1893.)*

Ueber dieses Thema hat der Verf. vor 6 Jahren Mittheilung gebracht, die er in vorliegender Arbeit in ätiologischer und histologischer Richtung zu erweitern sucht. Die Lehre von den Seborrhoen ruhte noch vor kurzer Zeit auf der Anschauung des *Hebra* sen., dass die Pityriasis capitis, die Seborrhoea sicca und die Seborrhoea oleosa zusammengehörige Processe seien, welche alle dieselben histologischen Elemente aufweisen, nämlich: „mit Fetttröpfchen durchtränkte Epidermiszellen". Der Verf. hat diese *Hebra*'sche Ansicht, auf anatomischem Missverständniss beruhend, an anderen Orten nachgewiesen. Die Seborrhoen sind sämmtlich entzündliche Catarrhe, entzündliche Parakeratosen der Haut, und zwar klinisch, histologisch und endlich auch ätiologisch. Die histologischen Merkmale des seborrhoischen Eczem oder seborrhoischen Catarrhes der Haut sind: 1. eine Parakeratose

der Haut; 2. eine Epithelwucherung; 3. eine mehr weniger tiefreichende Entzündung der Cutis; 4. eine Vermehrung des Hautfettes und Anzeichen einer vermehrten Thätigkeit der Knäueldrüsen. Die Parakeratose ist bei jedem Eczem histologisch das wichtigste Symptom, die conditio sine qua non der Eczemdiagnose. Für die Aetiologie der seborrhoischen Catarrhe kommen lediglich Hautparasiten in Frage. Dafür spricht ihre Art der serpiginösen Ausbreitung auf der Haut, ihre völlige Verschiedenheit von physikalisch oder chemisch bedingten, traumatischen Dermatitiden und die Heilbarkeit derselben durch antiparasitäre Mittel. Die Parasiten, die in überwiegender Zahl nachgewiesen wurden, reduciren sich auf zwei Arten; es waren das die Flaschenbacillen (die sogenannten Sporen *Malasse's*) und die Morococcen. Letztere sind ständige Begleiter des seborrhoischen Catarrhs. Ob die Morococcen die Sebotaxis veranlassen, ist bis nun nicht endgiltig entschieden. In klinischer Beziehung kann gesagt werden, dass das seborrhoische Eczem oder seborrhoische Catarrh im Verlauf der Krankheit eine auffallende Gesetzmässigkeit, nämlich einen Fortschritt über die Hautoberfläche vom Scheitel nach abwärts erkennen lässt, was bei einer grossen Anzahl verschiedener Ausschlagsformen und sonstigen Veränderungen der Haut nicht der Fall ist. Ueber die einfachen und zusammengesetzten Elementarformen, die der Verf. in seiner bekannten Gründlichkeit und Klarheit ausführlich auseinandersetzt, als auch über die einzuschlagende Therapie müssen wir auf das sehr belehrende Original verweisen. Dr. *Sterk*, Wien-Marienbad.

988. ***Ueber die Beziehungen einiger Hauterkrankungen zu Störungen im Verdauungstracte.*** *Von Dr. Alois Pick, Universitätsdocent, k. u. k. Regimentsarzt, Wien. (Wiener med. Presse. 1893. 31.)*

In der Regel werden die Hauterkrankungen durch im Blute kreisende Schädlichkeiten hervorgerufen, welche aus den verschiedenen Organen des Körpers in das Blut gelangt sind. Dies zeigen uns jene Hautaffectionen, welche durch die Einnahme gewisser Substanzen erzeugt werden. Es sind dies die toxischen Erytheme, wie sie ja häufig nach dem Gebrauche von Chinin, Codeïn, insbesondere aber Antipyrin und Antifebrin auftreten, die Roseola nach Copaivagebrauch, die Acne nach längerer Einnahme von Jod- und Brompräparaten. Im Gefolge des Jodoform sehen wir häufig Hautaffectionen erscheinen, Eczeme, welche sich in Nichts von anderen Eczemen unterscheiden. In ähnlicher Weise wirken bei einzelnen Personen bestimmte Speisen. Bekannt ist das Auftreten von Urticaria nach dem Genusse von Krebsen, Erdbeeren, Käse u. s. w. Verf. glaubt, dass zur Erklärung einer Hautaffection nach Genuss bestimmter Speisen vor Allem die Annahme einer bestimmten Disposition nothwendig ist, zufolge deren auf einen gewissen chemischen Reiz hin die Vasomotoren in einem bestimmten Sinne gereizt werden. Als Analogon möchte er die Wirkung des Alkohols bei verschiedenen Personen hervorheben. Es gibt deren, welche nur ein geringes Quantum Alkohol zu sich nehmen und sofort ein Erythem bekommen. Andererseits hält er es für wahrscheinlich, dass sich im Verdauungstracte von Individuen, bei

welchen auf gewisse Speisen hin Urticaria auftritt, bestimmte Fermente, Mikroorganismen vorfinden, welche aus gewissen Substanzen, die in diesen Speisen enthalten sind, Gifte bilden, welche eben in der angedeuteten Weise wirken. Es ist zunächst auffällig, dass derartige Affectionen, speciell die Urticaria und die Erytheme, häufig bei solchen Personen auftreten, welche an einer Verlangsamung der Bewegung im Verdauungstracte leiden. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat Verf. in einem Falle von Urticaria, welche jedesmal nach dem Genusse von Kartoffeln und eingemachtem Obst auftrat, versucht, durch antifermentative Mittel dem Ausbruch derselben zu steuern. Er veranlasste demgemäss den Patienten, eine Probemahlzeit, bestehend aus allen diesen Gerichten, mit welchen er die Urticaria sicher hervorrufen konnte, zu nehmen und liess ihn darauf sofort eine Dosis von 5 Cgrm. Creosot nehmen. Es gelang auf diese Weise, den Ausbruch der Urticaria zu verhindern. Patient nahm nun durch einige Tage hindurch dreimal täglich in der angegebenen Dosis Creosot, ass und trank Alles. ohne von seinem Leiden behelligt zu werden. Nach Verlauf einer Woche wurde das Mittel versuchsweise ausgesetzt und es stellte sich die Urticaria bei Genuss der genannten Speisen wiederum ein. Nahm nun der Patient wiederum Creosot, so wurde der Wiederausbruch der Urticaria hintangehalten. Ein neuerliches Aussetzen des Mittels hatte eine Wiederkehr derselben zur Folge. Nun wurde wiederum Creosot in der Dosis von 5 Cgrm. in der erwähnten Weise verabreicht, bewährte sich auch durch einige Zeit, doch traten nunmehr auch während des Gebrauches derselben leichte Urticariaanfälle auf. Es wurde die Dosis verdoppelt, und die Anfälle blieben aus. Nach mehrmonatlichem Gebrauche des Mittels wurde der Versuch gemacht, dasselbe auszusetzen; es zeigte sich hierbei, dass einige Tage, ja einige Wochen hindurch der Patient unbehelligt Alles essen konnte, dass aber dann die Urticaria wieder auftrat, anfangs sehr gelinde, erst allmälig an Heftigkeit zunehmend. Eine Dosis Creosot befreite den Patient wiederum für einige Tage von dem Leiden, so dass er sich veranlasst sah, zeitweise zum Creosot seine Zuflucht zu nehmen. Es konnte nun der Einwurf gemacht werden, warum, wenn die mikroorganismentödtende Wirkung des Creosots den Ausbruch der Urticaria verhinderte, nach dem Aussetzen dieses Mittels das Leiden wiederum zur Entwicklung gelangt. Darauf antwortet Verf., dass das Creosot wohl im Magen eine antifermentative, keineswegs aber eine desinficirende Wirkung entwickelt. Alle Versuche, den Magen und Darm keimfrei zu machen, sind vollständig fehlgeschlagen. Wir können nicht so grosse Mengen von Antisepticis anwenden, welche nothwendig wären, um dieses zu leisten. Dass übrigens Ausbrüche insbesondere von Herpes sehr häufig von Störungen in der Verdauung begleitet sind, ist bekannt. Zu erwähnen ist auch das Auftreten von Purpura bei Icterus perniciosus, sowie das Auftreten von polymorphen Erythemen bei derselben Krankheit. Auch das Xanthelasma, jene eigenthümliche Hautaffection, welche in hellgelben, meist erhabenen Flächen namentlich an den Augenlidern, seltener an anderen Körperstellen besteht, kommt mitunter beim Icterus vor. Hervorzuheben wären auch noch die Erytheme

und die Blutungen in die Haut, welche mitunter bei Vorhandensein von Tänien vorkommen und welche gleichfalls durch das von diesen erzeugte Gift hervorgerufen werden. Schliesslich bemerkt Verf. noch, dass er Gelegenheit hatte, bei einem Truppenkörper in grosser Anzahl bei den Recruten Furunculose zu finden. Wahrscheinlich, dass es die Aenderung der Nahrung, und insbesondere die Fleischkost war, worauf diese Krankheitserscheinungen zurückzuführen waren.

989. ***Zur Diagnose des harten Schankers.*** *Von* ***Fournier.*** *(La France méd. 1893. Mai. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 77.)*

In einem klinischen Vortrage weist Verf. auf die unterscheidenden Merkmale der ulcerirten Sclerose von dem Herpes progenitalis hin. Weder die Zahl der Ulcerationen — es gibt solitäre Herpesblasen und multiple Sclerosen —, noch ihre Ausdehnung — der Herpes kann sehr grosse, die Syphilis sehr kleine primäre Ulcerationen veranlassen — noch endlich subjective Empfindungen des Kranken — der Herpes ist gewöhnlich etwas schmerzhaft — sind entscheidend. Die Diagnose gründet sich auf die Drüsenschwellung, auf den Zustand der Basis des Geschwürs, auf die Gestalt der Contouren. Harte, kleine, schmerzhafte Inguinaldrüsen sprechen für Syphilis, normale, höchstens ganz gering vergrösserte, weiche für Herpes. Die Basis des Geschwürs ist beim Herpes stets weich, wenn nicht medicamentöse Einwirkungen, insbesondere Aetzungen mit Höllenstein, stattgefunden haben. Am wichtigsten ist das dritte Merkmal. Der Schanker hat einen absolut glatten, runden oder ovalen Rand, die Ränder des Herpes sind ausgebucht, gezähnt, polycyclisch. In zweifelhaften Fällen thut eine Lupe gute Dienste. Immerhin gibt es Fälle, wo der Herpes mit Syphilis coincidirt, ja ähnlich, wie bei der Pneumonie, symptomatisch auftritt. Die Diagnose ist alsdann nur nach dem Verlauf der Krankheit zu stellen.

---

## Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

990. ***Ueber Magensyphilis.*** *Von Prof. Dr.* ***Hans Chiari.*** *(Internat. Beitr. z. wissenschaftl. Med. Bd. II. Virchow's Festschrift. — Arch. f. Dermat. u. Syph. 1893. Heft 6.)*

Nach Verf. können von den bisher in der Literatur mitgetheilten Fällen von syphilitischer Erkrankung des Magens nur sehr wenige — und zwar nur die von *Klebs*, *Cornil* und *Ranvier*, *Weichselbaum* und *Birch-Hirschfeld* geschilderten — einer strengen Kritik Stand halten. Nur bei diesen ist die Diagnose der syphilitischen Erkrankung durch den mikroskopischen Nachweis eines gummösen Processes gesichert. Verf. selbst hat seine Beobachtungen an 243 Fällen, und zwar 145 Fällen von hereditärer und 98 Fällen von acquirirter Lues gemacht. Unter dieser grossen Zahl von Fällen fand er nur dreimal direct als syphilitisch zu bezeichnende Erkrankungen des Magens, während in den anderen Fällen zwischen der Magenerkrankung und der Lues nur ein indirecter Zusammen-



hang bestand. (Die Beschreibung des pathologisch-anatomischen Befundes in den drei sicheren Fällen von Magensyphilis s. im Original.) Der Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Thesen: 1. Durch die Syphilis veranlasste pathologische Veränderungen kommen im Magen vor. 2. Dieselben können direct syphilitische Erkrankungen sein oder nur indirect der Syphilis ihre Entstehung verdanken. 3. Die ersteren, die grosse Seltenheiten darstellen, sind entweder gummöse Processe oder einfache entzündliche Infiltrationen. 4. Die indirect mit der Syphilis zusammenhängenden Erkrankungen des Magens sind Circulationsstörungen, hervorgerufen durch syphilitische Erkrankungen anderer Organe oder Blutungen als Theilerscheinungen einer durch die Syphilis gesetzten hämorrhagischen Diathese und werden relativ häufig angetroffen. 5. Die gummösen Processe im Magen sind charakterisirt durch die Gegenwart des gummösen Gewebes, das sich zuerst in der Submucosa entwickelt. 6. Durch Zerfall solcher gummöser Herde in der Magengegend können syphilitisch-peptische Ulcera und eventuell auch Narben entstehen.

991. ***Beiträge zur Lehre von der menschlichen Magenverdauung unter normalen und abnormalen Verhältnissen.*** *Von Prof. Dr. **F. Penzoldt**, Director der med. Poliklinik in Erlangen. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. LI. — Allg. med. Central-Ztg. 1893. 81.)*

Wenn man Verdauungsversuche für die Physiologie und Pathologie verwerthen will, so ist von grosser Bedeutung, dass diese Versuche an gesunden Menschen angestellt sind. Versuche an Thieren oder an Patienten mit Magenfisteln sind nicht ohne Weiteres einfach auf den gesunden Menschen übertragbar. Verf. gewann eine Anzahl von Medicinern höherer Semester, die zu gleicher Zeit Experimentalpersonen und Experimentatoren waren, so dass auf diese Weise die gewonnenen Resultate als ganz zuverlässig anzusehen sind. Alle diese Herren erfreuten sich erprobter Weise einer gesunden Magen- und Darmverdauung, die sich auch während der Versuche erhielt. Es wurden die gewöhnlichen Nahrungsmittel untersucht in der Weise, dass mittelst Magensonde die Zeit bestimmt wurde, die vom Anfang der Nahrungsaufnahme bis zur völligen Entleerung des Magens verging. Die Zeit der Entleerung des Magens wurde durch Einführung der Sonde alle Viertelstunden gegen Ende des Versuches erhalten, so dass die Zeiten bis auf eine Viertelstunde genau angegeben sind. Ausserdem wurden an den durch die Sonde experimentirten Proben mikroskopische und chemische Untersuchungen angestellt, um das Verhalten der Fleischfasern etc. zu bestimmen, um Säuren, Eiweiss und Zucker nachzuweisen. Die Resultate der Versuche geben ein genaues Bild über die Verdaulichkeit der verschiedensten Speisen, wenigstens, was die Magenverdauung anbetrifft. Federvieh mit weissem Fleisch (Taube, Huhn) ist leichter verdaulich, als das mit rothem Fleisch (Ente, Gans); der Unterschied beträgt fast eine Stunde (3 Stunden 40 Minuten, respective 4 Stunden 35 Minuten). Am leichteten von allen Fleischspeisen wird Hirn verdaut, das im gesottenen Zustand nur etwa $2^1/_2$ Stunden im Magen verweilt, dann kommt die Thymusdrüse, die dazu $2^3/_4$ Stunden braucht.



Die Zubereitung der Speisen ist für ihre Verdaulichkeit von grossem Einfluss. Rohes gehacktes Rindfleisch ist leichter verdaulich als gebratenes ($3^1/_4$ gegen $4^1/_4$ Stunden), so dass ersteres als leicht verdauliche Speise sehr zu empfehlen ist; auch leicht geräucherte rohe Rindfleischwurst ist sehr leicht verdaulich, wogegen sogenanntes Rauchfleisch schon später den Magen verlässt. Fischspeisen werden im Allgemeinen schneller verdaut als Fleischspeisen. Am schnellsten ($1^1/_4$ Stunde) werden Austern, am langsamsten (4 Stunden) Salzhäringe verdaut. Von pflanzlichen Speisen erwiesen sich Linsen, Erbsen, Schnittbohnen als am schwersten ($4-4^1/_4$ Stunden), Blumenkohl, Spargel und Kartoffel (in Stücken gekocht) als am leichtesten ($2^1/_4-2^3/_4$ Stunden) verdaulich. Weissbrot und Schwarzbrot bleiben eine gleich lange Zeit im Magen ($3-3^1/_2$ Stunden), viel leichter ($2^1/_2-2^3/_4$ Stunden) wird Gebäck, also Zwieback, Brezel und dergleichen verdaut. Eier werden am schnellsten ($1^3/_4$ Stunden) verdaut, wenn sie 3 Minuten im siedenden Wasser gekocht haben, schwerer ($2^1/_4$ Stunden), wenn sie roh, am schwersten (3 Stunden), wenn sie hart gekocht genossen werden. Von den Flüssigkeiten verlässt Selterswasser den Magen am schnellsten (200 Grm. in 1 Stunde). Cacao in Milch gekocht am spätesten ($2^1/_2$ Stunden); sonst verbleiben die übrigen Getränke (Wasser, Thee, schwarzer Kaffee, Cacao, in Wasser gekocht, Wein und Bier) ziemlich gleich lange ($1^1/_4-1^3/_4$ Stunden) im Magen. Kaffee mit Sahne braucht $2^1/_4$ Stunden, ehe es den Magen verlässt, ebenso einige starke Weine wie Malaga; bei den Versuchen mit Milch sind die Resultate sehr schwankend, jedenfalls wird aber auch auf Grund dieser Versuche gekochte Milch empfohlen. Bei allen diesen Versuchen wurde auf die Mengen der eingeführten Speisen genügend Rücksicht genommen. Aus speciellen Versuchen erhellt, dass die Aufenthaltsdauer der Speisen im Magen nicht im selben Verhältniss mit der Menge der aufgenommenen Speise steigt, sondern viel langsamer, so dass der Unterschied der Dauer z. B. bei 100 Grm. und 200 Grm. Wasser $^1/_5$, bei Bier $^1/_{11}$ der Zeit beträgt.

992. ***Ueber die Betheiligung basaler Gehirnganglien bei Bewegungsstörungen, insbesondere bei Chorea.*** *Von Prof. Dr. G.* ***Anton****. Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg 1893. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 42.)*

Bei einem Fall von allgemeiner Chorea bei einem neunjährigen Knaben, die nach Scarlatina im neunten Monat aufgetreten und unverändert fortbestanden hatte — der Knabe erlag einer zweiten Scarlatina — fand Verf. symmetrisch in beiden Linsenkernen in deren äusserstem Gliede weissliche Narben, von klumpigen Zerfallresten durchbrochen, die Verf. als Reste längst abgelaufener Erweichungen (vielleicht durch Infarct in Folge Thrombose der zugehörigen Venen) auffasst. Relativ zahlreiche, wohlerhaltene Nervenfasern ziehen durch die Narben hindurch. Bei einem anderen Falle (hallucinatorische Verworrenheit, Tod an Oesophaguscarcinom) hat Verf. eine auffallende Reduction aller spontanen Bewegungen wie der automatischen Mitbewegungen auf der linken Körperhälfte beobachtet, ohne dass irgend eine

Muskellähmung daselbst vorhanden gewesen wäre. Bei der Autopsie fand sich ausser einer totalen Erweichung des Cuneus, dass die hinteren zwei Drittel des Thal. opticus und die Gangl. genicul. externum und internum in eine Lücke verwandelt waren. In beiden Fällen waren die motorischen Bahnen intact gewesen. Indem Verf. im ersten Falle die symmetrischen Herde im Linsenkern mit der Chorea, im zweiten die Reduction der Bewegungen mit der Thalamusläsion in innigen causalen Bezug bringt, erblickt er in beiden Ganglien (Linsenkern und Thalamus) ein grosses Reflexfeld, und in dem ungestörten Zusammenwirken der beiden Ganglien einen Mechanismus für die richtige Hemmung und Ausführung von Bewegungen einerseits, für ihre richtige Anregung andererseits. Verf. will aber die Chorea durchaus nicht als immer von Linsenkernläsionen abhängig hinstellen, um so weniger, als der obige Mechanismus überall da zerstört werden kann, wo er durch graue Substanz mit der motorischen Bahn zusammenhängt. — Die anatomischen Verhältnisse beider Fälle wurden an sehr schönen Schnitten mittelst Scioptikon demonstrirt. In der darauffolgenden Discussion hält *Edinger* wegen der vielen gut erhaltenen Nervenfasern die weissen Flecke in den Linsenkernen nicht für Narben, sondern für congenitale Defecte.

993. ***Ueber den Einfluss der intravenösen Kochsalzeinspritzung auf die Resorption von Flüssigkeiten.*** *Von Prof. **G. Gaertner** und Dr. **A. Beck**. Aus dem Institut für allgemeine und experimentelle Pathologie in Wien. (Wiener klin. Wochenschr. 1893. 31. — Deutsche Med.-Ztg. 1893. 83.)*

Die Frage, welche die Verff. zu beantworten suchen, ist folgende: Wird durch das Uebersalzen des Blutes, so nennen sie der Kürze wegen die Injection von Kochsalz in die Vene, auch überschüssiges, künstlich in die Körperhöhlen eingebrachtes Wasser, rascher zur Resorption gebracht, als dies ohne den erwähnten Eingriff der Fall wäre? Bei den an Hunden angestellten Versuchen, auf deren Beschreibung hier nicht eingegangen werden kann, wurde in die Vena jugularis so viel Kochsalzlösung eingespritzt, dass der Salzgehalt des Blutes annähernd auf das Doppelte erhöht wurde. Die eigentlichen Experimente zerfielen in zwei Gruppen: Die erstere beschäftigte sich mit der Resorption, respective der Beschleunigung derselben im Darm. Bei der zweiten Gruppe wurde Flüssigkeit in seröse Höhlen eingebracht und das Aufsaugen derselben näher studirt. Die Versuche ergaben nun, dass das Uebersalzen des Blutes die Resorption von Flüssigkeit aus dem Darm und aus serösen Höhlen in sehr beträchtlichem Masse beschleunigt. Nach Ansicht der Verff. würde also diese Wirkung des Uebersalzens des Blutes therapeutisch verwerthet werden können. wo krankhafte Exsudate in Körperhöhlen vorhanden sind, wie bei Pleuritis, Peritonitis, Hydrocephalus, Pericarditis, eventuell bei Netzhautablösung, ferner bei profusen Diarrhoen, bei der Cholera. Die erlaubte oder nothwendige Kochsalzmenge berechnen die Verff. nach Analogie ihrer Thierversuche beim Menschen auf circa 8 Grm. Kochsalz auf jedes Kilogramm Blut, d. h. auf 0·5 Grm. Na Cl auf jedes Kilogramm Körpergewicht. Diese Salzmenge wäre in 10%iger Lösung in destillirtem Wasser zur Anwendung zu bringen.



# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

994. ***Experimentalstudie über den Tod durch Erhängen.*** *Von Dr.* ***G. Corin.*** *(Bull. de l'Acad. Roy. de méd. de Belg. 1893. 3. — Monatsschr. f. Ohrenhk. 1893. 10.)*

Alle Autoren stimmen darin überein, dass die Compression der Carotiden und Vagi eine Hauptrolle spiele, während die Compression der Jugulares von keiner Bedeutung ist. Die Experimente von *Langreuter* beweisen, dass die Zungenbasis den Pharynx und Nasenrachenraum buchstäblich tamponirt. Was die Verschliessung der Carotiden betrifft, so hat Verf. die Experimente von *Hofmann* nachgemacht und kommt zu dem Schlusse, dass beim Hängen das Schliessen der Carotiden hauptsächlich von dem durch den Strick auf den Hals ausgeübten Druck herrührt; demgemäss sind die Arteriae vertebrales beim Erhängen nicht geschlossen. Bei den Versuchsthieren hat die Compression der Halsgefässe gar keinen Einfluss und keinen Antheil an dem bei dem Hängen sich abspielenden Symptomencomplex. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Vom Thierexperiment kann man nicht auf den Menschen schliessen, namentlich in Bezug auf die Gehirncirculation, weil sie sich beim Hunde viel leichter als beim Menschen durch Collateralkreislauf wieder herstellt; 2. beim Menschen sind die Gehirn- und Rückenmarkscentren viel empfindlicher als beim Thier; 3. beim Hunde kommt beim Erhängen höchstens die Compression der Vagi in Betracht, welche den Tod durch einen bis jetzt noch nicht bestimmbaren Mechanismus verzögern kann; 4. andererseits kann aber diese Compression durch sich einen Zustand von Depression der Nervencentren hervorrufen, so dass die tumultuösen Scenen des gewöhnlichen Erstickungstodes fehlen. Dieses kommt wahrscheinlich beim Tode durch Erwürgen vor.

995. ***Erscheinungen an nach Suspension Wiederbelebten und deren Bedeutung für den Gerichtsarzt.*** *Von Dr.* ***Seydel,*** *Königsberg. Vortrag bei der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 43.)*

Verf. berichtet über einen von ihm selbst beobachteten Fall, wo eine Frau, die sich erhängt hatte, nach fünf Minuten abgeschnitten und wiederbelebt wurde; das Individuum zeigte Krämpfe und retroactive Amnesie, wie sie von *Wagner* beschrieben wurden. In dem Streite zwischen *Wagner* und *Möbius,* von denen der erstere grobmechanische Verhältnisse als Ursache der Störungen annimmt, während letzterer die Erscheinungen für rein hysterischer Natur hält, bekennt sich Verf. zu der Ansicht von *Wagner.* Die Erscheinungen bei der Commotio cerebri seien ganz analog den hier in Frage kommenden, und auch bei diesen fänden sich grobmechanische Verhältnisse, Blutaustritte, Veränderungen in den kleinen Gefässen der Gehirnsubstanz etc. Einige einschlägige Fälle eigener Beobachtung werden angeführt, und auch der Fall von *Möbius* — Schuss in die Mundhöhle, der dieselben Erscheinungen zur Folge hatte — durch Hirnerschütterung erklärt. Für den Gerichtsarzt erwächst aus den angeführten Thatsachen die Aufgabe, die Möglichkeit der Amnesia retroactiva festzustellen: 1. Bei Angeschul-



digten, die nach Verübung eines Verbrechens sich zu erhängen suchten, aber wiederbelebt wurden. 2. Bei Zeugenaussagen von nach Suspension oder Strangulation Wiederbelebten, wenn es sich um dem Attentate kurz vorhergehende Thatsachen handelt. In der Discussion bekennt sich *Reubold* vollkommen zu der Ansicht des Verf., während *v. Wyss* (Zürich) zwar die Hysterie vollkommen ausschliesst, aber auch materielle Läsionen nicht für nothwendig hält, vielmehr könnte man die Erscheinungen auch mit dem plötzlichen Einströmen des sauerstoffreichen Blutes und der Wirkung desselben auf die motorischen Zellen erklären.

996. ***Ein Fall von Salpetersäurevergiftung.*** *Von Dr.* ***Carl Ipsen.*** *(Vierteljahrschr. f. ger. Med. 1893. VI. 1. — Schmidt's Jahrb. 1893. 10.)*

Die Kranke war 3 Stunden nach dem Genusse der grossen Menge von 125 Ccm. rauchender concentrirter Salpetersäure gestorben, die Leichenöffnung fand 19 Stunden nach dem Tode statt. Es fand sich eine Perforation der Speiseröhre dicht über der Durchtrittsstelle durch das Zwerchfell, durch die die Säure in den linken Pleuraraum eingedrungen war. Der Magen war nicht perforirt. Trotzdem war Säure durch seine Wandung hindurchgetreten, hatte die Unterleibseingeweide oberflächlich verätzt und liess sich auch in der serösen Bauchflüssigkeit nachweisen, wahrscheinlich eine lediglich postmortale Diffusion, da das Peritoneum keine Spur einer reactiven Veränderung zeigte. Das Blut war im Herzen und in allen dem Magen benachbarten Gefässbezirken in eine starre braunschwarze Masse von saurer Reaction verwandelt, während es in den Kopf- und Gliedervenen deutlich alkalisch reagirte. Unterschiede im Säuregrade des Blutes fanden sich schon in demselben Organ, so enthielt das Blut im linken Ventrikel in 10 Grm. Substanz 0·3097 Grm. $HNO_3$, im rechten nur 0·21105 Grm. Auch die Säuerung des Blutes ist daher ein postmortaler Vorgang; während des Lebens wird die Alkalescenz des Blutes zwar bedeutend vermindert, der Tod tritt aber ein, ehe sie ganz verschwindet. In den Nierenepithelien fand man keine fettige Degeneration, wohl aber ausgebreitete Coagulationsnecrose, die nicht auf Säurewirkung des Blutes, sondern auf mit chemischen Spaltungen in den Epithelien selbst einhergehenden Vorgängen beruhen muss.

997. ***Vibrio Berolinensis, ein neuer Kommabacillus.*** *Von Prof.* ***Rubner.*** *(Hygien. Rundschau. 1893. 16. — Allg. med. Central.-Ztg. 1893. 81.)*

Schon 1892 wurde bei den täglich im Berliner hygienischen Institut angestellten bacteriologischen Untersuchungen im Stralauer Wasser von Dr. *Günther* ein Bacillus gefunden, der beinahe als Cholerabacillus angesehen worden wäre, wenn nicht glücklicherweise bald die Differentialdiagnose zwischen diesem „Vibrio aquatilis“ und dem Cholerabacillus geglückt wäre. Auch in diesem Sommer ist in dem Institute von *M. Neisser* im Leitungswasser wieder ein Bacillus gefunden worden, der eine weitgehende Aehnlichkeit mit dem der Cholera asiatica hat, und der sich eigentlich von dem letzteren nur durch ein langsameres Wachsen auf der Gelatine und ein schnelleres Wachsen auf flüssigem Nähr-



boden unterscheidet. Agarculturen, Cholerarothreaction und Thierversuch gewähren keine Möglichkeit, eine Unterscheidung dieser beiden Bacterienarten von einander herbeizuführen.

---

# Berichte

## über grössere Werke, Abhandlungen und über die Fortschritte einzelner Doctrinen.

### 998. *Nordseecurorte.*

*Von Dr. Edm. Friedrich, Dresden.*

*(Separatabdruck aus den Encyclopädischen Jahrbüchern. III. Bd., Fortsetzung der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 2. Aufl.)*

Eine umfassendere und in ihren Indicationen fester begründete Verwerthung des Seeklimas und der Seebäder gehört erst der Neuzeit an und man begegnet in dieser Beziehung noch immer in weiteren Kreisen vielfach irrigen Anschauungen, die einestheils auf Unterschätzung, anderentheils auch auf Ueberschätzung des therapeutischen Werthes der Seeluft und des Seebades beruhen. Was in dieser Beziehung Klarheit bringt, ist freudig zu begrüssen, namentlich wenn es aus der Feder des als Autorität in diesem Gegenstand bekannten und hochgeschätzten Verf. der obigen, geradezu classischen Arbeit kommt.

Der Verf. behandelt nur die Nordsee, deren Vorzüge er in therapeutischer Beziehung sowohl in Bezug auf Seeklima als auf Seebäder durch Vergleich mit den äusseren Welttheil umgebenden Meeren und ihren Inseln und Curorten klarlegt, ohne, ausser in allgemeinen Umrissen, auf die einzelnen Curorte der Nordsee einzugehen. Er steht dabei durchaus auf dem Boden der jetzt allgemein giltigen Anschauung, dass auch bei dem, was man gemeiniglich „das Seebad“ nennt, die Seeluft als das specifische Moment der Seecur zu betrachten und auf dieselbe in therapeutischer Beziehung das Hauptgewicht zu legen sei. Daraus ergeben sich ihm in weiterer Folge einerseits die Vorzüge der Nordsee vor der Ostsee, die in jeder Beziehung mehr den Charakter eines Binnenmeeres hat, und andererseits den Inseln vor den Küsten der Nordsee, deren ersteren die charakteristischen Eigenschaften des Seeklimas: Reinheit der Luft, Gleichmässigkeit ihrer Temperatur und ihres Feuchtigkeitsgehalts, hoher Ozongehalt, Dichtigkeit, Bewegtsein der Luft, in ungleich höherem Grade zukommen, als den Küsten. So weist der Verf. insbesondere den Nordseeinseln in Bezug auf Seeluft eine durchaus eigenartige und bevorzugte Stellung an, die ihre Benützung für sanitäre und Heilzwecke in ausgiebigster Weise gestattet und die physiologischen Wirkungen der Seeluft zur vollen Geltung kommen lässt: Verlangsamung und Vertiefung der Athmung, Verlangsamung und Kräftigung der Herzthätigkeit.

Im Anschlusse an die Definition *Flechsig's*, wonach als klimatische Curorte nur durch Lage und Klima bevorzugte Orte be-





zeichnet werden können, deren klimatische Eigenthümlichkeiten thatsächlich werthvolle, für die Heilung gewisser Krankheitsgruppen anerkannt wirksame Bedingungen gewähren, die sich an den gewöhnlichen Wohnstücken der Menschen gar nicht oder doch nur in weniger ausgesprochener Weise vorfinden, erkennt somit der Verf. in den Curorten der Nordsee klimatische Curorte von höchster Bedeutung und in der Seeluftcur eine Klimacur, die allerdings, wie jede klimatische Cur, einestheils mit Vorsicht und Auswahl. andererseits mit Ausdauer und mit dem Falle entsprechendem hygienischen und diätetischen Verhalten gebraucht sein will, insbesondere da. wo es sich um chronische, constitutionelle Krankheitszustände handelt.

Ausser den klimatischen Vorzügen erkennt der Verf. aber auch ihren Seebädern eigenartige Vorzüge zu durch hohen Salzgehalt, nicht allzu heftigen, aber ausdauernden Wellenschlag und eine sich durch den Sommer bis in den Spätherbst mit geringen Schwankungen gleichbleibende Wasserwärme von 15—17·5° C. Dieser unter dem Einflusse der Golfstromtrift bis in den Herbst andauernden Temperatur des Wassers in Verbindung mit den tonisirend wirkenden herbstlichen Luftströmungen verdanken sowohl die „Septemberbäder" der ostfriesischen Inseln — von Helgoland bis Borkum — als auch andererseits die Winterseeluftcuren auf den dazu durch häusliche Einrichtungen geeigneten Inseln Norderney und Föhr auf Grund der zahlenmässig belegten verhältnissmässigen Milde und Gleichmässigkeit der Temperatur der Herbst- und Wintermonate und der in jeder Jahreszeit sich gleichbleibenden Heilkraft der sanitären Factoren der Seeluft ihren wohlverdienten Ruf als die kräftigsten und kräftigendsten. Eingehende Beachtung schenkt der Verf. schliesslich den Indicationen für Seebad- und Seeluftcur auf den Inseln. Besondere Beachtung verdienen in Bezug auf letztere die Ausführungen des Verf.'s über den hohen therapeutischen Werth derselben als Prophylacticum und bei Anfängen der Phthise: der constitutionellen Schwäche, der erblichen und erworbenen phthisischen Anlage, den verdächtigen Fällen von Bluthusten noch ohne nachweisbare Veränderung in den Lungen, den Spitzencatarrhen und Spitzeninfiltrationen, überhaupt frischen Infiltrationen von nicht zu grossem Umfange. Nicht minder beachtenswerth sind die Erfolge der Seeluftcur bei den vom Verf. als dankbarste Objecte derselben bezeichneten chronischen Catarrhen der Athmungsorgane — seien sie nun primärer Art oder Folgekrankheiten —, bei Emphysem und emphysematösem Asthma, wie ebenso bei nervöser Schlaflosigkeit und nervösem Asthma. Gerade der Hinweis auf diese, anderen Klimacuren und medicamentöser Einwirkung vielfach spottenden und höchstens der Linderung oder vorübergehender Besserung zugänglichen Krankheitszustände ist von besonderer Wichtigkeit für den praktischen Arzt. *Knauthe,* Dresden.



# Literatur.

999. ***Augenärztliche Unterrichtstafeln.*** *Für den akademischen und Selbstunterricht. Herausgegeben von Prof. Dr. H. **Magnus**. — Heft IV: Die Haupttypen der ophthalmoskopischen Veränderungen des Augengrundes bei Allgemeinerkrankungen. Von Dr. H. Magnus, a. ö. Prof. d. Augenhk. in Breslau. 8 farbige Tafeln mit Text. — Heft V: Die wichtigsten Störungen des Gesichtsfeldes. Für Kliniker, Aerzte und Studirende übersichtlich zusammengestellt von Dr. O. Haab, Prof. d. Augenhk. in Zürich. 2 farbige Tafeln mit Text. Breslau 1893. J. U. Kern's Verlag (Max Müller).*

Wir hatten wiederholt Gelegenheit, uns über die 3 ersten Hefte des vorliegenden Sammelwerkes in lobendster Weise zu äussern. Weniger einverstanden können wir uns mit dem IV. Hefte erklären, und zwar in mehrfacher Hinsicht. Vor Allem hätten wir grössere Tafeln erwartet, die von einem grösseren Auditorium in einiger Entfernung gesehen werden können, während die vorliegenden über die gewöhnliche Grösse der bekannten Atlanten nicht hinausgehen. Dann wäre Manches gegen die Auswahl der Bilder einzuwenden. Zum Theile sind seltenere Befunde gegeben, anderentheils fehlen gewöhnliche Bilder und wichtige Befunde von Augenhintergrundsveränderungen bei Allgemeinerkrankungen, z. B. Retinitis leucaemica, Embolia arteriae centralis retinae, Tuberculose der Chorioidea u. s. w. Drittens ist die Ausführung der Bilder weder meisterhaft, noch immer, besonders wenn es sich um die Chorioidea handelt, naturgetreu. Der geschätzte Verf., dem wir so oft aufrichtiges Lob gespendet, möge verzeihen, wenn wir auch einmal Tadelsworte laut werden lassen. Freilich sind wir Wiener durch die Bilder von *Jäger* und *Heitzmann* etwas verwöhnt und anspruchsvoll. Heft V enthält auf 2 Tafeln 40 Gesichtsfelder mit den wichtigsten Störungen desselben. Wir können *Haab* für diese Zusammenstellung dankbar sein, da die reichlich veröffentlichten Gesichtsfelder sich meist in Abhandlungen zerstreut finden und zum Unterrichte nicht gut zu verwenden sind. Die Grösse der Bilder ist für eine mässig grosse Schülerzahl eine ausreichende. Das, was in der Auswahl fehlt, kann sich Jeder aus dem eigenen Vorrathe bequem ergänzen. Wenn wir etwas bemängeln wollen, so würde es der Umstand sein, dass stets nur in 4 Meridianen gemessen wurde, anstatt der rundlichen und elliptischen Formen Achtecke von oft recht wunderlicher Form gezeichnet wurden, die doch von der Wahrheit sehr abweichen und den Anfänger verwirren können. Auch würden wir diesen nicht daran gewöhnen wollen, sich ausnahmslos mit acht Grenzpunkten zu begnügen, wenn diese auch in vielen Fällen und bei kleinen Gesichtsfeldern genügen. Doch ist dies ein kleiner Mangel, der der Güte der ganzen Sammlung keinen Abbruch thut.

*Reuss.*

1000. ***Sehproben.*** *Zusammengestellt von Dr. **Albrand**. Leipzig. H. Hartung & Sohn.*

Als Fernproben sind Buchstaben nach *Snellen*'schem Principe auf starkem Cartonpapier mit einer Oese zum Aufhängen und zum Zusammenfalten eingerichtet gegeben, und zwar lateinische und deutsche Buchstaben, auf einer Tafel anstatt der Haken für Analphabeten > in verschiedenen Stellungen, die wohl noch leichter als die Haken zu erkennen sind. Warum das Zollmass zu Grunde gelegt wurde (200′—20′) und die Meterzahlen nur als Umrechnung desselben gegeben wurde, ist nicht



einzusehen. Für die Nahproben wurde nur eine Tafel, die beiderseits bedruckt ist und um das Beschmutzen durch die Hände des Lesers zu vermeiden in einem breiten Papprahmen sich befindet, beigefügt. Sie enthält auf einer Seite Leseproben in deutschem und lateinischem Druck, Nr. 1—6 nach *Snellen's* Muster, auf der anderen Seite die folgenden 7 Grössen als einzelne Buchstaben und als Ziffern, ausserdem den Buchstabengrössen entsprechende Punktgruppen nach *Burchardt*'schem Principe. Die Sehproben bringen also nichts Neues, aber willkommene Varianten des erprobten Bekannten in praktischer Form und sind daher ganz empfehlenswerth. *Reuss.*

1001. ***Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Aerzte und Studirende.*** *Von Prof. Dr.* ***A. Wolff,*** *Director der dermatologischen Klinik an der Universität Strassburg. Mit 97 in den Text gedruckten Abbildungen. Stuttgart, Verlag von Ferdinand Enke. 1893, XIV und 636 S. gr. 8°.*

Das vorliegende Lehrbuch bietet entsprechend dem Plane der Sammlung medicinischer Lehrbücher (Bibliothek des Arztes), der es eingereiht ist, eine übersichtliche Darstellung des dermaligen Standes der darin behandelten Disciplinen. Sowohl der Studirende als der praktische Arzt finden darin die Diagnose und Therapie systematisch und mit grosser Klarheit geschildert. Die Krankheitsbilder sind genau analysirt und durch zahlreiche Illustrationen makro- und mikroskopischer Art erläutert. Der Verf. hat die Literatur auf Grund eigener Erfahrungen sorgfältig gesichtet, und die therapeutischen Massnahmen sind mit zahlreichen in der Praxis zu verwerthenden Fingerzeigen versehen. *—m.*

1002. Der uns soeben zugekommene ***XIII. Jahresbericht*** des unter der Direction des Primarius Dr. *Emil Rollett* stehenden ***Erzh. Sophien-Spitales in Wien,*** VII., Kaiserstrasse 7, zeigt auch neuerdings wieder erfreuliche Resultate hinsichtlich der im Jahre 1892 entfalteten humanitären Thätigkeit dieser Anstalt. Mit Rücksicht auf die geringen verfügbaren Geldmittel war es wieder noch immer nicht möglich, die in der Anstalt seit Jahren noch leer stehenden Räumlichkeiten zum Krankenbelage heranzuziehen, so dass sich diese Humanitätsanstalt darauf beschränkt sah, so ziemlich im Rahmen des Vorjahres, d. i. mit dem Belage von höchstens 60 Betten (davon 44 Stiftungsbetten) den Betrieb fortzuführen. Insgesammt standen 724 Kranke (gegen 670 des Vorjahres) mit 17.112 Verpflegstagen in ärztlicher Behandlung, wovon 216 Kranke mit 4746 Verpflegstagen auf die chirurgische Abtheilung, alle übrigen auf die medicinische Abtheilung entfallen. Ganz umsonst, d. i. auf Kosten der Stiftung, wurden von obigen 724 Personen 148 Kranke mit 6274 Verpflegstagen behandelt. Als Zahlpatienten mit einer Gebühr von täglich 1 fl. 50 kr., 2, 4 und 5 fl. standen auf beiden Abtheilungen 147 Kranke in Pflege. Unter den chirurgischen Kranken befanden sich 20 Personen, welche durch zusammen 689 Verpflegstage für Rechnung der Dr. *Romich*'schen Stiftung behandelt worden sind. Das medicinische Ambulatorium frequentirten 3139, das chirurgische 3106, zusammen daher 6245 Personen. Zahnextractionen wurden 5421 an 4636 Personen vorgenommen, so dass die Gesammtzahl der Personen, welchen in den Ambulatorien Rath und Hilfe zu Theil wurde, 11.081 Personen betrug, wozu noch die, wie bereits erwähnt, in der Anstalt in Krankenverpflegung gestandenen 724 Personen kommen. Es wurde sonach im Ganzen 11.805 Personen ärztliche Hilfe geleistet. Es wäre

wünschenswerth, dass dieser Humanitätsanstalt, welcher durch die stattgefundene Einbeziehung der Vororte in das Wiener Gemeindegebiet eine bedeutend grössere und daher selbstverständlich mit erhöhten Mehrkosten verbundene Aufgabe zugefallen ist, von Seite der wohlhabenden Bewohnerschaft Wiens durch Zuwendung von Spenden die nothwendige Unterstützung zu Theil werde, damit zum Wohle der leidenden Menschheit die weitgehendste Thätigkeit entfaltet werden könnte.

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1003. ***Unfall als Ursache von Entzündungen und Gewächsen.*** *Von Dr. **Graser**, Erlangen. Vortrag bei der chirurgischen Section der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. 1893. (Centralbl. f. Chir. 1893. 45.)*

Die ausgiebige Beschäftigung mit der Begutachtung durch Unfall verletzter Arbeiter hat die grosse aufgewendete Mühe durch reichliche Anregung und Erweiterung unserer Kenntnisse gelohnt. Vor Allem haben wir in die zahlreichen Störungen im Anschluss an Fracturen erst seit jener Zeit einen richtigen Einblick gewonnen.

Mehr und mehr macht sich bei den der Versicherung Unterstellten das Bestreben geltend, sich die Segnungen der Unfallgesetzgebung nicht nur für die unmittelbaren Folgen von Verletzungen zu sichern, sondern sie für alle möglichen Erkrankungen in Anspruch zu nehmen. Man darf dreist behaupten, dass aus manchen Bezirken bei den Versicherungspflichtigen keine chronische Localerkrankung mehr zur Beobachtung kommt, bei der nicht ein Zusammenhang mit einer Verletzung behauptet und „die Unfall" zur Entschädigung aufgefordert wird.

Für den begutachtenden Arzt erwachsen daraus oft grosse Schwierigkeiten; er steht als Unparteiischer zwischen den Parteien und wird oft nicht in der Lage sein, eine klare Entscheidung zu treffen; bisweilen wird er in Widerstreit zu seiner wissenschaftlichen Auffassung gerathen und dieselbe mit der Zahl der gemachten Erfahrungen in mancher Hinsicht modificiren müssen. Diese Betrachtungen sind besonders zutreffend für 3 Gruppen von Erkrankungen, deren Zusammenhang mit Verletzungen nicht nothwendig und ohne Weiteres ersichtlich ist.

1. Acute eiterige Entzündungen des Unterhautzellgewebes und der Knochen,
2. tuberculöse Knochen- und Gelenkserkrankungen,
3. Gewächse, besonders Sarcome.

Die Entscheidungen der höheren Instanzen fallen meist zu Gunsten der Verletzten aus.

In einem Urtheil des R.-V.-A. 4. II. 1887 heisst es:

„Zu einem begründeten Anspruch auf Unfallentschädigung ist es nicht erforderlich, dass die beim Unfall erlittene Verletzung die einzige Ursache der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit bildet, sondern es genügt, wenn sie nur eine von mehreren dazu mitwirkenden Ursachen ist und als solche in das Gewicht fällt. Der Anspruch bleibt auch dann bestehen, wenn durch ein schon bestehendes Leiden die Folgen der Verletzung in erhöhtem Masse schädigend wirken, oder den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, beziehungsweise des Todes beschleunigt haben."



Wir beobachten nicht selten, dass im Anschluss an Quetschungen ohne Verletzung der Bedeckungen nach längerer oder kürzerer Zeit ausgebreitete Eiterungen entstehen. Besonders wichtig sind solche Fälle, bei denen ein geringer subcutaner Bluterguss erst längere Zeit ohne entzündliche Erscheinungen besteht, dann ganz langsam sich die Haut röthet und verdünnt, endlich bei einer Incision Eiter gefunden wird. In anderen Fällen schliessen sich aber auch stürmische, rasch progrediente Eiterungen an leichte Quetschungen an.

Wenn auch in der Mehrzahl solcher Erkrankungen eine bei der Untersuchung nicht erkennbare Verletzung der Haut oder Schleimhaut in der vom Trauma getroffenen Gegend, in anderen eine weiter peripherwärts gelegene Wunde die Eingangspforte für die Entzündungserreger abgibt, so bleiben doch genug Fälle übrig, bei denen wir zur Erklärung auf das Zuführen von Entzündungserregern durch die Blutbahn zurückgreifen müssen. Durch eine Quetschung wird ein Theil der Gewebe in seiner Ernährung geschädigt, wohl auch ein zur Ansiedelung von Mikrobien geeigneter Nährboden geschaffen. Werden nun zufällig Entzündungserreger dorthin verschleppt, so werden sie an solchen Stellen leicht die Veranlassung zu Eiterungen werden. Die Schwere und die Ausdehnung werden abhängen einmal von der in weiten Graden schwankenden Virulenz der Mikrobien, dann aber auch von der Widerstandsfähigkeit der Gewebe. Die Eiterung ist kein specifischer Vorgang. Durch die gewöhnlichen Eitererreger (Staphylococcen, Streptococcen) können gelegentlich auch rein seröse Entzündungen hervorgerufen werden; auch andere Bacterienarten können gelegentlich Eiterung erzeugen (Typhusbacillen, Pneumococcus, Bacterium coli commune etc.). Auch durch gleichzeitiges Eindringen verschiedener Arten kann die Virulenz beeinflusst werden. Dazu kommen die kaum in Worten auszudrückenden Verschiedenheiten in der Empfindlichkeit einzelner Individuen, der Körpergewebe im Allgemeinen und unter besonderen Verhältnissen (wozu auch die Schädigung durch ein Trauma zu rechnen ist).

Die Entzündungserreger stammen nicht selten aus Eiterungen, welche die Patienten kurz vorher an einer anderen Stelle durchzumachen hatten. Für andere ist die Erklärung schwieriger. Wir wissen, dass durch die Haut bisweilen Entzündungserreger in die Gewebe vordringen können; vom Darmtractus und der Schleimhaut der Luftwege aus ist wohl nur in seltenen Fällen ein Eindringen in die Blutbahn anzunehmen, aber nicht auszuschliessen. Ganz besonders aber müssen wir darauf hinweisen, dass allem Anschein nach Entzündungserreger oft lange Zeit ohne Schaden zu thun in den Geweben verweilen und gelegentlich zu neuem Leben erwachen können.

Der Verf. hat an sich selbst beobachtet, dass eine Reihe von alten Furunkelnarben, die er von einer früheren Erkrankung im Nacken hat, bei jeder Gelegenheit, die eine Störung seines Allgemeinbefindens mit sich bringt (Störungen im Verdauungstractus, acuter Nasen- und Bronchialcatarrh), auf's Neue anschwellen, sich aber immer wieder, ohne aufzubrechen, zurückbilden. Er fasst dies so auf, dass in den alten Narben noch Entzündungserreger sitzen, die bei einer verminderten Energie der Körpergewebe die Ueberhand gewinnen, gelegentlich einmal den Wall durchbrechen und auch durch die Blutbahn geschleppt werden können, da er bisweilen gleichzeitig mit der Anschwellung der alten Narben





auch kleine Pustelchen in ziemlich grosser Anzahl über verschiedene Körperstellen verbreitet auftreten sah.

Wir beobachten nicht selten, dass ohne oder mit äusserem Anlass in alten von Eiterungen herrührenden Narben, besonders am Knochen, neue Entzündungen auftreten.

Aehnliche Verhältnisse kommen für die acute Osteomyelitis in Betracht; in manchen der zur Begutachtung gekommenen Fälle ist der begünstigende Einfluss einer Knochenquetschung auf die Entstehung einer eiterigen Knochenentzündung nicht abzustreiten. Das Trauma wirkt nur durch Herabsetzung der Ernährung; zehnmal ist eine Quetschung ohne weitere Folgen, das elfte Mal entsteht eine schwere Erkrankung, weil zufällig Entzündungserreger der gefährdeten Stelle zugeführt werden. Auch die Osteomyelitis ist keine specifische Krankheit, sondern kann durch alle Eitererreger hervorgerufen werden. Die sorgfältige Beobachtung hat gelehrt, dass sehr häufig vor dem Entstehen der Osteomyelitis an anderen Körperstellen Eiterung bestand (Panaritium, Furunkel) oder eine Infectionskrankheit vorausgegangen ist.

Für den Einfluss eines Traumas auf die Localisation sprechen auch zahlreiche Experimente.

Auch für zahlreiche Fälle von Caries der Knochen und Gelenke ist das Auftreten im Anschluss an Quetschungen und Verstauchungen einwurfsfrei erwiesen. Meist sind es Individuen, die hereditär belastet und anderweitig tuberculös sind. Soll man deswegen die Schädigung durch das Trauma leugnen?

Endlich berichtet der Verf. über einige Fälle von Knochensarcom, die sich im Anschluss an Quetschungen an der Stelle der Gewalteinwirkung entwickelt hatten, und besonders über einen eigenartigen Fall von centralem Knochenkrebs des Femur im Anschluss an ein Trauma.

Er kommt zu dem Schlusse, dass auf Grund der zahlreichen Erfahrungen bei vielen der hier in Betracht kommenden Fälle der zur Erkrankung führende Einfluss eines Traumas nicht geleugnet werden kann, und dass daher solche Erkrankungen nicht selten als durch einen Unfall herbeigeführt anerkannt werden müssen.

---

# Kleine Mittheilungen.

1004. ***Fall von verschlucktem Rasirmesser, Tod.*** *Von **W. J. Cant**. (Journ. of laryngol. Bd. III. Heft 7. — Centralbl. f. Chir. 1879. 36.)*

Eine 68jährige Frau gab an, ein Rasirmesser verschluckt zu haben. Zur Prüfung dieser Angabe wurden zuerst vergebliche Versuche mit einer Magnetnadel gemacht. Dann wurden 20 Tropfen verdünnter Salzsäure verabreicht, nach Verlauf einer Stunde der Magen ausgespült und in der Spülflüssigkeit mit Ferrocyankalium Eisen nachgewiesen. Später war das Ende des Rasirmessers zu fühlen; die Gastrotomie wurde ausgeführt und der Fremdkörper entfernt. 5 Tage nach der Operation starb die Patientin an Erschöpfung.

1005. ***Sehnervenatrophie in Folge Jodoformintoxication.***

In der Sitzung vom 8. April 1893 der Société d'ophthalmologie in Paris stellte ***Valude*** einen kleinen Patienten mit beiderseitiger vollständiger Sehnervenatrophie vor, als deren Ursache er eine Jodoformintoxication annimmt. Dem Kranken wurde nämlich nach einer ausgedehnten Verbrennung ein Jodoformverband angelegt. Es traten die Erscheinungen am Auge gleichzeitig mit den Symptomen allgemeiner



**Jodo**formvergiftung auf, und da man von dieser annimmt, dass sie insbesondere auf **das** Gehirn einwirkt, so liegt der Schluss auf einem ursächlichen Zusammenhang **zwischen** dem Sehnervenschwunde und der Intoxication ziemlich nahe.

(Progrès médicale. 1893. 17. — Prag. medic Wochenschr. 1893. 38.)

### 1006. *Natriumsalicylat als Clysma bei Gelenksrheumatismus.*

| | |
|---|---|
| *Natron salicylic.* | *6·0—8·0* |
| *Laudani* | *1·5* |
| *Aq. dest.* | *100·0* |

MDS. Für ein Clystier.

**Die** bei 25 Patienten der medic. Klinik in München erhaltenen Resultate sind **dieselben**, als hätte man das Mittel per os eingeführt. (Deutsch. Archiv f. klin. **Medic**. 1893.)

---



---

### *Der Redaction eingesendete neu erschienene Bücher und Schriften.*

*Krafft-Ebing, Dr. R. v.*, k. k. Hofrath und o. ö. Professor der Psychiatrie und der Nervenkrankheiten an der Universität Wien. Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage. Für praktische Aerzte und Studirende. Fünfte vermehrte und verbesserte Auflage. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Krafft-Ebing, R. v.*, Hypnotische Experimente. 2. vermehrte Aufl. Stuttgart 1893, Verlag von Ferdinand Enke.

*Michaelis, Dr. med.*, prakt. Arzt und Specialarzt in Waldenburg (Schlesien). Lungenemphysem und Kurzathmigkeit nach ihren hauptsächlichsten Entstehungsursachen und Rückwirkungen auf den Gesammtorganismus. Mit 8 Abbildungen. Neuwied und Leipzig 1893, Heuser's Verlag.

XIII. Jahresbericht des unter dem Protectorate Sr. kais. und königl. Hoheit des Herrn Erzherzogs Carl Ludwig stehenden Erzherzogin-Sophien-Spitales in Wien, VII., Kaiserstrasse 7, für das Jahr 1892. Wien, Verlag des Curatoriums des Erzherzogin-Sophien-Spitales, 1893.

***Sämmtliche hier angeführte Bücher sind zu beziehen durch die Buchhandlung Urban & Schwarzenberg in Wien, I., Maximilianstrasse 4.***

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.







Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.



# An unsere Leser!

Durch die Verwerthung der bacteriologischen Kenntnisse zur Erforschung der Aetiologie der Krankheiten und durch die Verallgemeinerung dieser Kenntnisse im Dienste der klinischen Doctrinen und der Hygiene, ferner durch ein eingehenderes Studium der therapeutischen Aufgaben des Arztes, wurde selbstverständlich die medicinische Publicistik als Ausdruck der Strömung, welcher sämmtliche Gebiete des medicinischen Wissens jeweilig folgen, in den letztverflossenen Jahren mächtig beeinflusst. Der Herausgeber der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau", bestrebt, den Fortschritten der Medicin, entsprechend den Bedürfnissen des ärztlichen Praktikers, vollinhaltlich gerecht zu werden, wird mit Beginn des XXXV. Jahrganges den Inhalt dieses referirenden Organes dahin ändern, dass insbesondere jene Doctrinen eine eingehendere Berücksichtigung erfahren, welche durch die herrschende Richtung der Medicin am meisten gefördert wurden. Um dies ohne Erweiterung des dermaligen Umfanges der „Medicinisch-chirurgischen Rundschau" zu ermöglichen, soll die bisherige Fassung des Organes dahin geändert werden, dass in Zukunft nicht mehr in jeder einzelnen Nummer sämmtliche Fächer der Medicin durch Referate vertreten sein sollen, sondern es wird sich der Inhalt der einzelnen Nummern den jeweiligen hervorragenden Mittheilungen der medicinischen Publicistik enger und daher auch rascher anschliessen. Hierdurch wird es ermöglicht, jeder einzelnen Doctrin der gesammten Medicin in dem Masse ihrer besonderen Förderung durch Fortschritte der Diagnose, der Therapie, der Hygiene u. s. w. die ihr gebührende Beachtung in den Referaten zu widmen. Zugleich wird die „Medicinisch-chirurgische Rundschau", treu ihrer bisherigen Uebung, auch jene ärztlichen Agenden berücksichtigen, welche für die im Dienste des Staates, der Gemeinden und öffentlichen Körperschaften wirkenden Aerzte von besonderer Wichtigkeit sind, namentlich Militärmedicin und Gesundheitspflege, öffentliche Gesundheitspflege, Irrenwesen, gerichtliche Medicin, Gewerbehygiene u. A.

**Prof. Dr. W. F. Loebisch,**
k. k. Sanitätsrath.





# Interne Klinik, Pädiatrik, Psychiatrie.

1007. ***Ueber einige seltene Folgekrankheiten der Influenza.*** *Von E. Poulsson, Sandefjord. (Norsk Magazin 1893, 9, pag. 877.)*

Zu den seltenen Folgekrankheiten der Influenza gehört auch periphere degenerative Neuritis. In einem derartigen, vom Verf. beobachteten Falle traten im Winter 1890 unmittelbar nach dem Influenzaanfalle bei einem 61jährigen Manne Fieber, Schmerzen an der Wirbelsäule und in den Extremitäten, Anschwellung von Hand-, Fuss- und Kniegelenk auf, und der Kranke musste die Füsse beim Gehen hoch aufheben und es kam ihm vor, als wenn er auf Gummi ginge. Die Affection zog sich in die Länge und es kam zu Atrophie der Muskeln, gradueller Lähmung der Waden und des linken Fusses, Anästhesie und Analgesie der beiden Schenkel und des Fussrückens, allgemeiner Herabsetzung der Sensibilität und Verlangsamung der Transmission in den Beinen, ferner zum Schwinden des Patellarreflexes. Eine Badecur mit Bäden von 34° C. in Sandefjord blieb ganz ohne Erfolg; dagegen trat im zweiten Jahr ohne jede Behandlung nach mehrmonatlicher Bettlage Rückkehr der Kraft und Schwinden der Krankheitserscheinungen bis auf eine leichte Beugungscontractur der Finger und geringer Atrophie der Beinmuskeln, die jedoch selbst Märsche von 10 Km. nicht behinderte, ein. Ausserdem hat Verf. einen Fall von peripheren Thrombosen, in welchem die Schlammbäder von Sandefjord wesentlich zum allmäligen Schwinden der Schmerzen und der Schwellung beitrugen, beobachtet. Auffällig ist das Wiederauftreten der Menstruation nach der Influenza bei einer 48jährigen Frau, die schon seit einem Jahre nicht mehr menstruirte. Aehnliches ist auch bei amenorrhoischen Frauenzimmern und selbst bei Mädchen vor der Pubertät beobachtet worden. *Th. Husemann.*

1008. ***Stenosis arteriae coronariae cordis mit 8 Pulsschlägen in der Minute.*** *Von Kristian Frenz. (Norsk Magazin. 1893, 7, pag. 757.)*

Bei einem 53jährigen Seemann stellten sich nach langjährigem Rheumatismus ein Herzleiden mit Palpitationen und auf den linken Arm sich ausdehnende Pericardialschmerzen, die anfallsweise eintraten und in einem Ohnmachtsanfall endigten, ein. Im letzten Monate nach 6jähriger Dauer des Leidens, kam es zu solchen Ohnmachten, die mit Krämpfen verbunden waren, oft alle 5 Minuten. Der Puls schwankte von 26—8 Schlägen in der Minute, war aber dabei kräftig und regelmässig. Die Auscultation ergab nun systolisches Blasen an der Spitze. Bei der Section fanden sich Verwachsungen zwischen den beiden Blättern des Herzbeutels, frische Fibrinablagerung im



Pericardium, leichte Hypertrophie des linken Ventrikels, Atherom der Aorta und der Aortenklappen, Incrustation der Mitralis und Atherom und Stenose der Coronararterie. Der Herzmuskel war nicht fettig degenerirt. *Th. Husemann.*

1009. ***Ueber acute cervicale Lymphadenitis.*** *Von Dr.* ***Maggia.*** *(Gazz. med. di Torino. 1893. 29. Juni — Der Frauenarzt. 1893, pag. 521.)*

Schon *Filatow* berichtete im Jahre 1887 über Fälle, bei denen es sich um Anschwellung der Nackendrüsen handelte. 5—10 Tage bestand Fieber und nach 2—3 Wochen ging der Process unter allmäliger Auflösung vorüber. Am meisten waren die in der Nachbarschaft des Sternocleidomastoideus sitzenden Drüsen betroffen. Keinerlei Verletzung des Mundes, der Nase, des Schlundes oder der Kopfhaut war vorhanden, welche als Eingangspforte für eine etwaige Infection hätten dienen können. 1889 beschrieb *Pfeiffer* unter dem Namen von Drüsenfieber einen fieberhaften Zustand, der durch Vergrösserung der Leber und der Milz, durch Leibschmerzen und Anschwellung der Gland. mesaraic. charakterisirt ist. In diesen Fällen bestand eine Röthung des Rachens, Mandelanschwellung und Husten, hervorgerufen durch Entzündung der retroösophagealen und retrotrachealen Drüsen. In der jüngsten Zeit hat *Neumann* über 28 Fälle berichtet, die er mit denjenigen von *Filatow* für identisch hält, die sich aber von denselben durch die Existenz eines nasopharyngealen Catarrhs unterscheiden. In 4 von *Oddo* (Marseille) beobachteten Fällen, deren Charakteristicum das plötzliche Auftreten, die Temperatursteigerung und die Localisation der Drüsenschwellung war, sprach Alles für das Vorhandensein einer Infection, deren Gang an Tuberculose erinnerte. Trotzdem, dass keinerlei Eingangspforte zu ermitteln war, lässt sich an ein primäres Befallensein der buccalen und nasopharyngealen Schleimhaut denken, denn man weiss, dass Mikroorganismen eine Schleimhaut durchdringen können, ohne Spuren zu hinterlassen. Die Anschwellung dauerte 2—3 Wochen und verschwand von selbst; das Fieber währte 2—13 Tage. Verf. schlägt vor, dieser Krankheit den Namen *Filatow's* beizulegen; sie muss von dem „Drüsenfieber" unterschieden werden, welches durch die Verbreitung seiner Symptome über das ganze Drüsensystem und durch das Vorhandensein nachweisbarer Läsionen an den Mandeln oder der nasopharyngealen Schleimhaut unterschieden ist.

1010. ***Ueber hereditäre Systemerkrankungen.*** *Von Prof. Dr.* ***Strümpell.*** *Vortrag bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Nürnberg. 1893. (Deutsche med. Wochenschr. 1893. 42.)*

Es gibt zwei Ursachen, die Systemerkrankungen bewirken. Erstens chemische Stoffe, denen die Eigenschaft innewohnt, ihre toxikologische Affinität nur bestimmten Systemen gegenüber zu entfalten. Als bestes Beispiel einer solchen toxischen Systemerkrankung ist die Bleilähmung zu nennen. Die zweite Gruppe von Systemerkrankungen dagegen verdankt ihre Entstehung keinen von aussen kommenden Schädlichkeiten. Ihr Entstehen ist vielmehr offenbar durch bestimmte von Hause aus, d. h. congenital gegebene besondere Verhältnisse der Körperbeschaffenheit begründet, d. h.





präciser ausgedrückt: durch eine von vornherein abnorme, widerstandsschwache Organisation gewisser nervöser Systeme, durch welche letztere zu einem frühzeitigen Untergang von Hause aus disponirt sind. Worin die letzten Ursachen dieser abnormen congenitalen Veranlagung zu suchen sind, darüber wissen wir nichts. Nur die Thatsache als solche steht fest, und zwar wird sie am besten durch die klinische Beobachtung des familiären und hereditären Auftretens dieser Systemerkrankungen bewiesen. Was die einzelnen Formen dieser hereditären Systemerkrankungen anlangt, so sind es vor Allem die primären systematischen Degenerationen der Pyramidenbahnen (im weitesten Sinne), die hereditär oder familiär auftreten. Die umfassendste Form einer solchen stellt die amyotrophische Lateralsclerose dar. Ob diese hereditär im obigen Sinne ist, kann nicht sicher behauptet werden, immerhin spricht dafür eine Beobachtung des Verf., zwei Schwestern von circa zehn und zwölf Jahren betreffend, von denen die eine an ausgesprochener, die andere an beginnender amyotrophischer Lateralsclerose litt. Auch die verwandte reine Bulbärparalyse ist neuerdings wiederholt bei Kindern beobachtet worden. Verf. hat ferner jüngst eine Beobachtung von echter spinaler Muskelatrophie der Arme und des Rumpfes ohne Betheiligung der Beine gemacht, wo die Autopsie stärksten Schwund der Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Rückenmarkes ergab, bei einem Manne, dessen Mutter ebenfalls an progressiver Muskelatrophie gelitten hatte! Von der reinen Lateralsclerose hat Verf. schon früher die Krankengeschichte zweier Brüder veröffentlicht, von denen der eine zur Section kam und sich eine primäre Degeneration in den Pyramidensträngen neben geringen Veränderungen in den *Goll*schen Strängen fand. Eine Beobachtung betrifft einen Mann, der seit 30 Jahren an langsam progressiver Spinalparalyse leidet. Vater, dessen zwei Brüder und der Grossvater haben an derselben Krankheit gelitten. Aehnliche Beobachtungen hat *Bernhardt* gemacht, und Verf. glaubt sich daher berechtigt zur Aufstellung einer besonderen „hereditären spastischen Spinalparalyse". In Bezug auf die Dystrophien will Verf., ohne auf die neurotische Muskelatrophie und echte Dystrophie näher einzugehen, nur betonen, dass die Scheidung einzelner Formen nicht zu weit getrieben werden darf, da zwischen der rein myopathischen und den spinalen Formen der progressiven Muskelatrophie keine grundsätzliche Scheidung besteht. Auch das vereinzelte Vorkommen sonst hereditärer Formen, wie z. B. von hereditärer Ataxie, kann nicht gegen die Zurechnung dieser Fälle unter dem obigen Gesichtspunkt geltend gemacht werden, da z. B. gerade die hereditäre Ataxie oft vereinzelt in Familien vorkommt, wie Verf. in jüngster Zeit viermal beobachtet hat. Ebenso wichtig als die Unterscheidung einzelner klinischer Formen ist eben ihre Zusammenfassung unter einem höheren gemeinschaftlichen Gesichtspunkt.

---



# Arzneimittellehre, Therapie, Balneologie, Toxikologie.

1011. ***Sondenfragment von 33 Cm. Länge im Magen.*** *Von Jacob H. Stockfleth. (Norsk Magazin. 1893, 9, pag. 903.)*

Dass auch andere Instrumente wie die *Pravaz*'sche Spritze in den Händen von Kranken Unheil zu stiften im Stande sind, beweist ein Fall, in welchem ein wegen chronischer Gastritis die *Debove*'sche Magenpumpe benutzender Kranker eine alte und schadhafte Sonde anwandte, welche im Laufe der Ausspülung zerbrach und ein 33 Cm. langes Stück im Magen zurückliess, von dem er sich weder durch Brechmittel, noch durch Purganzen befreien konnte. Das Sondenstück war bei der Palpation bald in der Quere, bald mehr schräg zu erkennen; Druck auf das Epigastrium war sehr schmerzhaft und in den ersten Tagen war wegen der schmerzhaften Empfindung, welche jede Bewegung hervorrief, Bettlage nöthig; gleichzeitig bestand Meteorismus und Nausea bei sehr gutem Appetit. Allmälig verschob sich der schmerzhafte Punkt mehr nach der linken Infraumbilicalgegend, so dass die Annahme, der Fremdkörper werde durch den Darm abgehen, plausibel schien. Die Darreichung von 3mal täglich $^1/_2$ Theetasse Olivenöl zur Erleichterung des Abganges hatte nur den Erfolg, dass der Kranke aufstehen und herumgehen konnte. Am 14. Tage erfolgte nach einer geringen Anstrengung beim Fischen plötzlich Nausea und Erbrechen, wobei das in Oel eingehüllte Sondenstück ohne Mühe entleert wurde. Nach der Entleerung hatte der Kranke noch heftige, aber rasch aufhörende Schmerzen. *Th. Husemann.*

1012. ***Antipyretische Wirkung des Guajacols und Creosots in Form von Einreibungen.*** *Von Dr. Sciolla (Gazz. degli ospitali. 1893. 36 u. 49. — Wiener klin. Wochenschr. 1893. 45.)*

Verf. empfiehlt die Anwendung des Guajacols und Creosots als Antipyreticum vermittelst Einreibung auf die Haut. Das starke Fieber bei Tuberculose, Pleuritis, Scharlach, Erysipel, Masern, fällt nach der cutanen Anwendung des Guajacols rapid bis auf 37—36·5° ab und dauert die Apyrexie durch 5—8 Stunden. Die zu verwendende Dosis von 2—6 Centigramm wird mit dem Finger oder mit dem Pinsel auf irgend eine Partie der Hautoberfläche aufgetragen und mit Watte oder Guttapercha bedeckt. Nach 15 Minuten schon fühlen die Kranken den charakteristischen Geschmack des Guajacols im Munde, und nach einer, längstens drei Stunden beginnt der Abfall der Temperatur. Der Nachweis im Urin gelingt schon nach einer Stunde und erreicht die Ausscheidung nach 5—6 Stunden das Maximum, war aber noch 48 Stunden nach der Darreichung constatirbar. Niemals traten irgend welche Nachwirkungen wie bei anderen Antipyreticis, niemals auch Albuminurie auf. Der Anregung des Verf.'s folgend, machte *Federici* analoge Versuche bei fiebernden Kindern. Er führt unter Anderem folgende Beispiele an: Pneumonia crouposa. C. A., 9 Jahre, 5 Krankheitstage. Temperatur schwankend zwischen 39·8 und 39 und Delirien. Nachmittags 3 Uhr Temperatur 39·5



bei Einverleibung von 2 Centigramm Guajacol sinkt die Temperatur in 3 Stunden auf 37·6. Leichter Schweiss, Delirien andauernd. Um 8 Uhr Abends wieder 39·4. Typhus abd. F. A., 7 Jahre, Temperatur zwischen 39·5 und 38·8. Nachmittags 3 Uhr Temperatur 39·7, Einpinselung von 2 Centigramm Guajacol; 2 Stunden später Temperatur 37·0, leichter Schweiss durch 2 Stunden. Abends um 9 Uhr ist die Temperatur wieder 39·1. *Federici* kommt zum Schlusse, dass der 3—3 $^{1}/_{8}$° betragende Fieberabfall nach einer halben Stunde schon beginne und 4—6 Stunden anhalte. Niemals, auch nicht bei Scharlach, waren irgendwelche Symptome von Seite der Niere eingetreten.

1013. ***Vier mit Tizzoni's Antitoxin behandelte Fälle von Trismus und Tetanus neonatorum.*** *Von Prof.* ***Escherich.*** *(Wiener klin. Wochenschr. 1893. 32. — Centralbl. f. klin. Med. 1893. 45.)*

Von 4 mit *Tizzoni's* Antitoxin behandelten Fällen von Tetanus neonatorum gelang es, einen zu retten. Im 2. Falle waren die Lungenveränderungen (septische Pneumonie) derart, dass sie als vollständig ausreichende Todesursache angesehen werden konnten. Der 4. Fall verlief mit so stürmischen Erscheinungen, stellte demnach eine so schwere Infection dar, dass die Injectionen einen Erfolg nicht haben konnten. In dem ersten behandelten Falle war die Dosis des Antitoxins eine viel zu geringe. Im dritten (dem geheilten) Fall, bei welchem eben so wie bei den anderen 3 Fällen septische Erscheinungen vorhanden waren, wurde 2mal je 0·3 Antitoxin injicirt. Am Tage nach der 2. Injection hatten die Contractionen nachgelassen, das Kind konnte wieder etwas saugen, doch blieben noch wochenlang Spasmen und mässige Grade von Trismus bestehen.

# Chirurgie, Geburtshilfe, Gynäkologie.

1014. ***Ein neues Verfahren bei Asphyxie der Neugeborenen.*** *Von Dr.* ***Nunn.*** *(Southern Med. record. 1893, Mai, pag. 229. — Der Frauenarzt. 1893, pag. 520.)*

Der Operateur umfasst mit der Hohlhand den oberen Theil des Kindes. Die Spitze des Zeigefingers derselben Hand stützt den Kopf und richtet ihn, soweit nöthig, auf. Die Beine des Kindes werden mit der anderen Hand festgehalten. Dies ist die Ausgangsstellung. Nunmehr beugt der Arzt die Schenkel des Kindes derart über das Abdomen, dass auf dieses ein starker Druck ausgeübt wird, während er gleichzeitig mit der den Rücken unterstützenden Hand energisch den Thorax seitlich comprimirt. Nun streckt er die Beine und lässt gleichzeitig mit dem Rippendruck nach. Der erstere drängt etwa bereits eingeathmete Luft mit Macht aus den Respirationswegen, während der zweite die Luft einwärts zieht. Diese Bewegungen werden bis zum Eintritt einer regelmässigen Respiration fortgesetzt und können auch von Laien, ohne leicht Schaden zu stiften, ausgeführt werden.



1015. ***Ein Fall von Gallenblasenoperation mit Entfernung von 54 Steinen.*** *Von Docent Dr.* ***Herczel.*** *Vortrag in der Gesellsch. d. Aerzte in Budapest. (Pester med.-chir. Presse. 1893. 45.)*

Die Diagnose war auf Gallensteinkolik gestellt worden, indem man die Einkeilung eines oder mehrerer Steine im Ductus cysticus vermuthen, im Ductus choledochus hingegen aller Wahrscheinlichkeit nach ausschliessen musste, weil während der ganzen Krankheit nie Icterus auftrat. Die Operation wurde in folgender Weise ausgeführt: Rechts, am Rande des Rectus, wurde die Bauchhöhle mit einem 14 Cm. grossen Längsschnitte eröffnet und der Rectus, da die mit der Umgebung verwachsene Gallenblase nur schwer zu erreichen war, 2 Finger oberhalb des Nabels, mit einem 8 Cm. langen Querschnitte entzweigeschnitten. An der nun freiliegenden Gallenblase, nahe dem Uebergange in den Ductus cysticus, war eine etwa halbnussgrosse Auswölbung sichtbar, worin der Finger, unmittelbar unter dem Peritoneum, mehrere harte Gebilde tastet; diese Auswölbung erwies sich später als ein Diverticulum, welches 4 Steine enthielt. Nachdem Sicherheit halber der Ductus choledochus abgetastet wurde, wurde der Inhalt der Gallenblase ausgepumpt, sie selbst an ihrer Kuppel 3 Cm. weit angeschnitten und nun wurden mittelst einer Gallensteinzange 54 linsen- bis bohnengrosse Steine entfernt. Die Gallenblase wurde mit Borwasser sorgsam ausgewaschen, mit Jodoformgaze ausgewischt und mit feiner dreifacher Seidenetagennaht vernäht. Nach Versenkung der Gallenblase wurde die Bauchhöhle gänzlich geschlossen. Der Verlauf war die ersten 4 Tage fieberfrei. Am 5. Tage stieg die Temperatur plötzlich auf 39°, es traten heftige Schmerzen auf und beim Verbandwechsel zeigte sich Eiter in einem der Schnittwinkel. Nach Entfernung von 3 Nähten entleerte sich ein halber Fingerhut voll Eiter, worauf am 3. Tage das Fieber sistirte. Der weiteren Heilung stand dann nichts mehr im Wege. Nach 3 Wochen verliess Patient das Bett und hat seit der Operation um 11 Kgrm. zugenommen. —*r.*

---

# Ophthalmologie, Otiatrik, Laryngoskopie.

1016. ***Ein Fall von Tonsillen- und Uvulablutung.*** *Von Dr. med.* ***Leopold Fischer*** *jun., Heidelberg. (Deutsche med. Wochschr. 1893. 42.)*

Ein circa 35jähriger gesunder und kräftiger Mann, verspürte plötzlich, während er ein Stück Schwarzbrot verzehrte, stechende Schmerzen im Halse, worauf sich Würgbewegungen und Husten einstellten, welcher immer heftiger wurde und helles, pures Blut zum Munde herausbeförderte. Bei der Inspection des Rachens zeigte sich die Uvula stark angeschwollen, besonders in ihrem unteren Drittel, welches ein röthlichblaues Aussehen darbot. An der rechten Tonsille befand sich eine linsengrosse, leicht prominirende, ebenfalls röthlichblaue Stelle. Es bestand also ein Staphylhämatom und ein Amygdalhämatom. Quer zwischen diesen letzteren bemerkte Verf. beim Phoniren des Patienten, als sich die der Tonsille dicht



anliegende geschwollene Uvula von derselben entfernte, einen Fremdkörper stecken, welcher sich nach seiner Herausnahme mit einer Pincette als ein 1·5 Cm. langes Stück einer dicken Borste erwies. Dasselbe stammte offenbar von einem Besen, mit welchem die Bäcker das Brot abzufegen pflegen, stak im Brote und war dem Patienten beim Schlucken wohl zuerst in die Tonsille, als dem festeren Punkte, eingedrungen, hatte sich dann in Folge der hierdurch entstandenen Würg- und Hustenbewegungen auch in die Uvula festgespiesst und dadurch die genannten Erscheinungen veranlasst. Husten, Würgen und Blutung hörten sofort nach Entfernung der Borste auf.

---

## Dermatologie und Syphilis.

1017. ***Fälle von Keloid.*** *Von* ***Edv. Welander.*** *(Nordiskt med. Ark. 1893. Nr. 3.)*

Die von *Alibert* zuerst als Keloid (richtiger Cheloid, von der griechischen χηλη, Krebsscheere) beschriebene Geschwulstform wurde von Verf. in zwei Fällen beobachtet, welche beide Seeleute betrafen, bei denen das Leiden sich während oder nach einem Aufenthalte in den Tropen entwickelte. In dem einen Falle handelte es sich um ein Narbenkeloid, in dem anderen um ein typisches Keloid; doch tritt Verf. der bereits mehrfach ausgesprochenen Ansicht bei, dass diese beiden Formen nicht unterschieden werden können, insofern sie mikroskopisch keine Differenzirung zulassen. Irrig ist es jedenfalls, dass die intacte Beschaffenheit des Papillarkörpers kein Criterium für das echte Keloid abgeben kann, da einerseits nach *Schwimmer* die Papillarschicht bei typischem Keloid manchmal fehlt, andererseits, wie dies in Verf.'s Fall constatirt wurde, beim Narbenkeloid die Papillarschicht wenigstens an einzelnen Stellen erhalten bleiben kann, was ja für Geschwulstbildung und Entwicklung von Keloiden in oberflächlichen Narben ganz natürlich ist. Charakteristisch ist die — bekanntlich auch analog bei Syphilis zu beobachtende — Prädisposition zum Auftreten von Keloiden nach geringen örtlichen Reizen, z. B. Stich mit einer Stecknadel, Druck mit einem Knopfe, wodurch sich die grosse Menge von Keloiden erklärt, die in einzelnen Fällen (Verf.'s Kranker hatte z. B. 80, doch sind von *Schwimmer* und *De Amicis* schon mehr beobachtet) vorkommt. Durch Morphiumeinspritzungen lässt sich bei derartigen Kranken jede beliebige Zahl hervorrufen. In dem einen Falle gingen die Keloide spontan zurück; Jodkalium, Quecksilber, Ichthyol waren erfolglos. Da durch Exstirpation jedesmal neue Keloide hervorgerufen wurden, ist Verf. der Ansicht, dass man davon abstrahiren muss und wenn möglich von jeder Behandlung absieht. Nur wo die Keloide schmerzhaft sind, scheint die von *Vidal* empfohlene Scarification verwendbar, doch hatte bei Verf.'s Kranken die bis in die gesunde Haut gemachte Scarification das Resultat, dass der Tumor sich so weit ausbreitete, wie die Scarification sich erstreckte. *Th. Husemann.*



# Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie, medic. Chemie.

1018. ***Ueber die Genese der multiloculären Cystenniere und der Cystenleber.*** *Von* ***C. v. Kahlden.*** *(Beitr. zur path. Anat. u. zur allg. Pathol. Bd. XIII. — Prager med. Wochenschr. 1893. 44.)*

Verf. hatte mehrere Fälle von Cystenniere und Cystenleber einer eingehenden mikroskopischen Untersuchung unterzogen. Der I. Fall betraf einen 50jährigen Mann, dessen Obduction eine doppelseitige Cystenniere, combinirt mit Lebercysten, ergab. Der II. Fall bezog sich auf einen 42jährigen Mann, dessen beide Nieren cystisch entartet waren, und der III. Fall wies eine Cystenleber auf ohne gleichzeitige Erkrankung der Nieren. In den ersten beiden Fällen ergaben sich hinsichtlich der Genese der Cystenniere, welche in früherer Zeit als Retentionsbildung, in neuerer Zeit von vielen Seiten jedoch als eine epitheliale Neubildung aufgefasst wird, viele Anhaltspunkte, welche die letzterwähnte Auffassung als die richtige hinstellten. So stiess Verf. im I. Falle auf eine ganze Reihe von Bildern, die nur als Wucherungserscheinungen gedeutet werden konnten. Hierhör gehörten kolbenförmige Auswüchse, die sich an vielen Hohlräumen nachweisen liessen, ferner solide Epithelmassen, welche in manchen Partien der Niere auffallend reichlich vertreten waren, und schliesslich auch mit Epithel überzogene, papilläre Wucherungen des Bindegewebes, die in das Innere kleiner Cysten hineinragten. Im II. Falle konnte Verf. ausser den eben erwähnten Befunden und nebst einfachen und papillären Wucherungen, die ganz und gar das Aussehen darboten, wie es Adenocystome anderer Organe zeigen, auch in einem kleinen Gebiete der Niere eine ausgesprochene Metaplasie des Epithels zu hohem cylinderförmigem Epithel mit gleichzeitiger papillärer Wucherung des interstitiellen Gewebes nachweisen, so dass das dadurch entstandene Bild vollständig dem eines Adenocystoms des Ovariums glich. Verf. neigt demnach zu der Ansicht, dass die Cystenräume der Niere aus neugebildetem Epithel hervorgehen, jedoch für ihr weiteres Wachsthum als eines unterstützenden Momentes noch der Harnretention bedürfen. Auf diese nachherige, durch die Retention des Harnes entstandene Ausdehnung der Cysten sei es zurückzuführen, dass dieselben in ihren späteren Stadien oft mehr Retentionscysten gleichen als solchen Hohlräumen, die aus einer geschwulstartigen Adenocystombildung hervorgegangen sind. Als Ausgangspunkt der Adenocystombildung der Nieren müssen nach Verf. die verschiedenen Abschnitte der Harncanälchen betrachtet werden und ist es höchst wahrscheinlich, dass die Anlage zu der Cystenniere des Erwachsenen angeboren ist. In Bezug auf die Lebercysten, die ganz analoge Befunde, wie die Cystenniere zeigten, konnte Verf. nachweisen, dass es sich um Adenome und Adenocystome der Gallengänge handelt.

---







# Bacteriologie, Hygiene, Staatsarzneikunde.

1019. ***Ueber die Häufigkeit tuberculöser Veränderungen in menschlichen Leichen.*** *Von* ***E. Schlenker.*** *(Virchow's Archiv. Bd. CXXXIV. — Wiener med. Wochenschr. 1893. 45.)*

Aus dem pathologischen Institute in München berichtet *Müller*, dass bei Erwachsenen in 29·4% der Fälle, bei Kindern in 30% Tuberculose die Todesursache gewesen und dass bei Kindern ausserdem 11·8% latente Tuberculose zeigten. *Baumgarten* schätzt die Zahl der latenten Tuberculosen auf $^1/_4$—$^1/_3$ der Leichen. Nach Angabe der pathologischen Anatomen fände sich bei Erwachsenen in 40—50% frische oder alte Tuberculose vor, bei Kindern in 60—70% der Leichen. Etwa 30% der Erwachsenen und 40% der Kinder zeigten latente Tuberculose, und die Zahl der Todesfälle an Tuberculose betrage 15—16% bei Erwachsenen, 30—40% bei Kindern. Die Gesammtzahl der von Verf. untersuchten (nicht ausgewählten) Leichen betrug 100; hiervon zeigten 66 Tuberculose. Von diesen war Tuberculose Todesursache bei 53, von erheblicher Bedeutung bei 6, latent 17. Von den 61 Fällen ohne active und manifeste Tuberculose zeigten 44% latente Tuberculose, nicht-tuberculös waren 56%. Von 100 Leichen waren also zwei Drittel mit Tuberculose behaftet. Von den 36 Fällen latenter Tuberculose Erwachsener war die Krankheit localisirt: in den Bronchialdrüsen in 21 Fällen, in den Mesenterialdrüsen in 3 Fällen, in den Lungen in 5 Fällen, im Darme in 2 Fällen, in Lunge, Bronchial- und Halsdrüsen in 2 Fällen. Verf. weist mit seiner Arbeit nach, dass Tuberculose noch weit mehr verbreitet ist, als vielfach angenommen wird.

# Literatur.

1020. ***Ueber latente Arteriosclerose und deren Beziehung zur Fettleibigkeit, Herzerkrankungen und anderen Begleiterscheinungen.*** *Von Prof. Dr.* ***v. Basch.*** *(Urban & Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1893.)*

Der Verf., dem wir eine grosse Reihe höchst bedeutungsvoller, streng wissenschaftlicher Arbeiten theils auf experimentell-pathologischem, theils auf praktisch-medicinischem Gebiete zu danken haben, hat über oben angeführten Vorwurf eine Reihe von Artikeln in der „Wiener med. Presse“ erscheinen lassen, die im vorliegenden Separatabdrucke gesammelt, für ein grösseres ärztliches Lesepublicum im Buchhandel erschienen ist. Wir können von vorneherein dem Verf. unseren Beifall und Anerkennung nicht vorenthalten für die Ausdauer und den Fleiss, mit welchem das höchst belehrende Material gesammelt und wissenschaftlich verwerthet wurde, zur Belehrung der Fachgenossen. Wir können dem Verf. mit gutem Gewissen, selbst mit dem besten Willen auf dem Wege seiner streng wissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht folgen. Wir müssen uns blos mit der Angabe begnügen, dass der Verf. diesmal nur aus seinem reichen praktischen Material geschöpft und uns mit pathologischen Verhältnissen bekannt macht, die zu mindest nicht von Allen richtig



aufgefasst wurden, und darum waren auch einzelne klinische und polemische Nebenbemerkungen unvermeidlich. In 8 übersichtlichen Tabellen wird uns das aus 398 Fällen, aus den letzten Jahren, beobachtete einschlägige Materiale vorgeführt und mit Klarheit und Uebersichtlichkeit dargestellt. Wir wollen nur die vier grossen Gruppen hervorheben: I. Fettleibigkeit mit Dyspnoe, II. Fettleibigkeit ohne Dyspnoe, III. Dyspnoe ohne Fettleibigkeit, IV. weder Fettleibigkeit, noch Dyspnoe in Bezug auf latente Arteriosclerose. In den anderen anschliessenden Tabellen werden andere ätiologische Momente beleuchtet. Wir können das Referat nicht anders, als mit der warmen Empfehlung schliessen, die Arbeit möge in extenso von den Aerzten gelesen werden, um Nutzen für die Praxis aus derselben zu ziehen. Dr. *Sterk,* Wien-Marienbad.

1021. ***Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat.*** *Herausgegeben von Prof. Dr.* ***R. Kobert,*** *kais. russischer Staatsrath. IX. Mit drei farbigen Tafeln. VI und 174 S. gr. 8⁰.*

Die unter Verf.'s Leitung in dessen Institute ausgeführten pharmakologischen Arbeiten gehören nach Thema und Ausführung zu den werthvollsten Publicationen der modernen experimentellen Pharmakologie und es genügt, die Fachgenossen auf den Inhalt des vorliegenden, dem hervorragenden Vertreter der physiologischen Chemie, *v. Nencki,* gewidmeten Heftes aufmerksam zu machen. Das Heft enthält folgende Untersuchungen: 1. *Samojloff A.:* Beiträge zur Kenntniss des Verhaltens des Eisens im thierischen Organismus. 2. Von demselben: Ein Beitrag zur Pharmakologie des Silbers. 3. *Lipski A.:* Ueber die Ablagerung und Ausscheidung des Eisens aus dem thierischen Organismus. 4. *Sacher A.:* Zur Kenntniss der Wirkung der Zinnsalze. 5. *Grahe E.:* Ueber die Einwirkung des Zinks und seiner Salze auf das Blut und den Blutfarbstoff. Sämmtliche Themata sind überdies von Interesse für den Kliniker.

*—sch.*

# Sitzungsberichte ärztlicher Vereine.

1022. ***Zur Hygiene der Barbierstuben.*** *Von Dr.* ***A. Blaschko.*** *Vortrag, gehalten in der Vereinigung Berliner Dermatologen. (Berliner klin. Wochenschr. 1893. 35.)*

Von den durch die Barbierstuben verbreiteten Krankheiten ist der Herpes tonsurans zweifellos die häufigste, aber nicht, wie vielfach angenommen wird, die einzige. Von den hier in Betracht kommenden Hautkrankheiten nennt Verf. zunächst die Impetigo contagiosa. Eine andere Erkrankung, die, wie Verf. sicher annehmen zu dürfen glaubt, durch das Frisiren weiter getragen wird, ist die in Berlin jetzt gar nicht selten beobachtete Acne varioliformis (A. frontalis s. necrotica). Bestärkt in dieser Annahme wurde Verf. durch eine kürzlich von ihm gemachte Beobachtung, nach der eine Frau nach 13jähriger Ehe mit einem seit 10 Jahren an Acne varioliformis leidenden Mann an dem gleichen Leiden erkrankte, und zwar hatte die Frau, welche früher eigenen Kamm und eigene Bürste gehabt hatte, einige Monate, bevor sich die Erkrankung bei ihr selbst zeigte, den Kamm ihres Mannes mitbenutzt. Ein Leiden, das wohl an gleicher Stelle seinen Ursprung nimmt, ist die Trichorrhexis nodosa, eine ziemlich verbreitete Affection



der Barthaare, welche sich bekanntlich durch die Bildung eigenthümlicher Knötchen im Haarschaft charakterisirt, welche Knötchen sich bei mikroskopischer Untersuchung als etwas aufgetriebene Knick- oder Bruchstellen des Schaftes darstellen. Man hat früher diese Erkrankung als eine rein trophische Störung, als die Folge einer allzu grossen Trockenheit der Haarsubstanz aufgefasst. Nun aber hat vor Kurzem *Ravenel* in Charleston die eigenthümliche Beobachtung gemacht, dass an seinem Rasirpinsel ein grosser Theil der Borsten ganz dieselben Erscheinungen aufwies, wie seine schon seit über 5 Jahre mit Knötchen behafteten Barthaare, dass sich also die Trichorrhexis nodosa auf den Bartpinsel übertragen hatte. (Med. News. 1892. 29. Oct.) Dem Verf. überbrachte ein Berliner College seinen Rasirpinsel, dessen Haare deutliche Specimina von Trichorrh. nod. darstellten. Der College selbst gab an, seit langen Jahren an dieser Affection zu leiden und war erst durch die vom Verf. mitgetheilte Beobachtung zur Untersuchung seines Pinsels veranlasst worden. Einen ähnlichen Fall hat dann in der Discussion auch Dr. *Saalfeld* erwähnt, so dass nunmehr wohl die contagiöse Natur der Affection zweifellos erwiesen und die Contagion selbst in die Barbierstuben zu verlegen ist. Von anderen Hautaffectionen, die ihre Entstehung möglicherweise ebenfalls in den Barbierstuben nehmen, erwähnt Verf. gewisse Formen des Eczems, namentlich des impetiginösen Eczems, die durch ihr zeitliches und örtliches Auftreten oft eine solche Annahme rechtfertigen. Des Weiteren verweist er auf eine eigenthümliche Form des acuten Eczems oder der acuten Dermatitis der behaarten Kopfhaut, die er sehr häufig nach dem Haarschneiden, nach intensivem Bürsten, Shamponiren und ähnlichen gewaltsamen Proceduren gesehen hat. Auch hinsichtlich der Alopecia areata gibt Verf. die Möglichkeit einer solchen Entstehungsweise zu. Ausser für die genannten Hautkrankheiten können nun die Barbierstuben unter Umständen auch den Ansteckungsherd für die Syphilis abgeben. Ob auch die Tuberculose in den Barbierstuben übertragen werden kann, lässt Verf. dahingestellt, nicht zu leugnen aber ist nach ihm die Möglichkeit einer derartigen Verbreitungsweise für die Cholera, wenn man bedenkt, dass z. B. die Serviette, mit der sich eben ein Kunde das Gesicht abgewischt, kurz darauf einem zweiten vorgelegt wird. Es entsteht nun die Frage: Auf welche Weise findet die Uebertragung der genannten Krankheiten statt? Man kann hierbei zwei Arten der Uebertragung unterscheiden, die unmittelbare und die mittelbare; die unmittelbare, welche stattfindet, wenn der Barbier oder der Gehilfe selbst erkrankt ist, die mittelbare, wenn derselbe die Krankheit eines Kunden durch seine Hände oder durch Utensilien weiter trägt. Von diesen Utensilien kommen in Betracht: Servietten und Handtücher, Rasirmesser, Rasirpinsel, Schwämme, Puderquasten, Kämme und Bürsten. Welche Massnahmen sind nun zu treffen, um die Uebertragung von Krankheiten in den Barbierstuben zu verhüten? *Köbner* hat vor einigen Jahren, als der Herpes tonsurans besonders häufig in Berlin auftrat, der hiesigen Barbier- und Friseurinnung folgende Massnahmen empfohlen: 1. Ausbrühen der Rasirmesser und Rasirpinsel in siedend heissem Wasser. 2. Eigene Pinsel für jeden einzelnen Barbierkunden. 3. Für jeden Barbirten ein reines, frisch gewaschenes Handtuch. 4. Gesonderte Puderquasten. Ausserdem ist die Zurückweisung jedes mit pilzverdächtigen Ausschlagsherden im Gesicht oder am Halse Behafteten aus den Barbierstuben zu empfehlen. Diese *Köbner*'schen Forderungen sind erfolglos



geblieben, weil sie nicht obligatorisch sind, weil keine Behörde da ist, welche auf ihrer Befolgung besteht und ein andermal aus rein wirthschaftlichen Gründen. Die geringe Bezahlung in den Barbierläden ermöglicht es den Geschäftsinhabern vielfach nicht, eine solche Summe weitgreifender und kostspieliger Cautelen aufzuwenden. Es wird die Sache der Barbiere selbst sein, im wirthschaftlichen Kampfe sich eine höhere Honorirung ihrer Leistungen zu erstreiten. Unsere Aufgabe aber ist es, die Wege zu zeigen, auf denen die Durchführung hygienisch-prophylactischer Massnahmen wirksam gemacht werden kann. Was die Massnahmen selbst betrifft, so wäre die einfachste Lösung: gesondertes Rasirzeug, d. h. auch besonderes Messer für jeden einzelnen Kunden. Wo sich diese Massregel nicht durchführen lässt, müsste man wenigstens die peinlichste Sauberkeit verlangen. Da liesse sich nun die erste *Köbner*'sche Forderung — Rasirmesser und Pinsel auszubrühen — leicht ausführen, da ja in jedem Geschäfte kochendes Wasser vorhanden ist; die Messer würden sich vielleicht noch besser nach dem Vorschlage *Carl Fränkel's* durch Abwischen mit einem in absoluten Alkohol getauchten Wattebausche schnell und sicher reinigen lassen. Ist die erste Forderung gut erfüllt, so ist die zweite — besondere Pinsel für jeden Kunden — entbehrlich, wenn dieselben ausgebrüht werden; statt besonderer Puderquasten wäre allgemein die Anwendung von Wattebäuschen anzuordnen. Die Massregel, jedem Kunden ein reines, frisch gewaschenes Handtuch zu geben, ist sehr rationell, aber bei den billigen Preisen, welche für das Rasiren gezahlt werden, völlig undurchführbar. Alle diese Anordnungen müssten in einem Regulative vereinigt werden, welches von der Sanitätscommission des Polizeipräsidiums zu entwerfen und in den Barbierstuben aufzuhängen wäre. Zur Durchführung dieser Massnahmen und zur dauernden Controle wären besondere Gesundheitsaufseher zu bestellen. Eine sehr wichtige Forderung ist übrigens auch die, dass jeder Barbier für Kranke und Verdächtige gesondertes Barbierzeug haben muss, eine Forderung, die aber nur dann einen Sinn hat, wenn der Barbier im Stande ist, Kranke und Verdächtige zu erkennen. Eine ausserordentlich wichtige Frage ist schliesslich noch die: Was soll geschehen, wenn der Barbier oder einer der Gehilfen selbst krank ist? Hat der Rasirgehilfe floride Syphilis, so besteht sogar eine recht ernsthafte Gefahr. Bis zu einem gewissen Masse könnte dieser öffentlichen Calamität, die auch einige andere Berufsarten (Kellner, Köche, Bäcker, Schlächter u. A.) betrifft, dadurch abgeholfen werden, wenn in den Krankencassen dieser Berufe die nach § 6 *a* des Krankencassengesetzes für ansteckende Krankheiten facultative Krankenhausbehandlung durch Statut für Geschlechtskranke obligatorisch gemacht würde.

---

# Kleine Mittheilungen.

1023. ***Duboisinum sulfuricum*** muss als eine entschiedene Bereicherung unseres Arzneischatzes angesehen werden. Besonders anzuerkennen ist seine beruhigende Wirkung. *Albertoni* (Therap. Monatsh. 1893. 8.) rühmt seine Wirksamkeit bei hystero-epileptischen Anfällen (subcutane Injectionen von $^1/_3$—$1\,^1/_2$ Mgrm.). *Rabow* leistete es bei der Beruhigung aufgeregter Geisteskranker vortreffliche Dienste (ebenda). Letzterer Autor verabreichte das Mittel in 0·1%iger Lösung und liess davon als erste Dosis 12—15 Tropfen nehmen = $^1/_2$—$^3/_5$ Mgrm. Allmälig tritt eine Angewöhnung an das Mittel ein. Unangenehme Nebenerscheinungen schwererer Art



wurden von *Rabow* nicht beobachtet. Recht gute Erfolge sah *Mendel* (Semaine méd.) von dem Duboisin bei Paralysis agitans. Eine Injection von 0·2—0·3 Mgrm. brachte in $^1/_4$ Stunde einen bedeutenden Nachlass des Zitterns, so dass die Kranken mit leserlicher Schrift schreiben konnten. Die Besserung hielt 3—5 Stunden an.

(Münchener med. Wochenschr. 1893. 41.)

1024. ***Vergiftung durch Bromoform.*** *Von Dr. G. W. Dean. (Lancet. 1893. 36. — Centralbl. f. d. ges. Therap. 1893. XI.)*

Ein an Keuchhusten leidendes Kind nahm von einer Mixtur von 60 Tropfen Bromoform in circa 150·0 anstatt, wie verordnet war, 3stündlich einen $^1/_2$ Kaffeelöffel voll, irrthümlich auf einmal 15—20 Tropfen Bromoform, weil die Mixtur nicht aufgeschüttelt worden war, und dieser Rest von Bromoform etwa in der letztverabreichten Dose enthalten sein mochte. Die Vergiftungssymptome waren: Stertoröses Athmen, allgemeine Empfindungslosigkeit und enorme Enge der Pupillen. Nach Anwendung eines heissen Senfbades, Entleerung des Magens durch die Pumpe, Verabreichung von starkem Kaffee, Injection von Apomorphin gelang es, das Kind wieder ausser Gefahr zu bringen, nur die Benommenheit dauerte längere Zeit.

## Druckfehler-Berichtigung.

Auf pag. 71, Zeile 21 von oben, soll es statt „Anbringens" richtig heissen: „Anbrennens".

## Correspondenz der Administration.

Herrn Dr. **B. L.**, Comitats-Physicus in Pressburg. Monographien über den Cretinismus fanden wir in den Katalogen folgende: Aeby, Ueber das Verhältniss der Mikrocephalie zum Atavismus (1 Mk.). — Beobachtungen über den Cretinismus. Mit 2 Tafeln, 3 Hefte 4° (3 Mk. 10 Pf.). — Eberth, Die fötale Rhachitis in ihren Beziehungen zum Cretinismus. Mit 3 Tafeln. (4 Mk.) — Klebs, Studien über die Verbreitung des Cretinismus in Oesterreich, sowie über die Ursache der Kropfbildung (60 kr.). — Knapp, Untersuchungen über den Cretinismus in einigen Theilen Steiermarks (80 kr.) und Beobachtungen über Idioten- und Cretinenanstalten und deren Resultate (50 kr.). — Kratter, Der alpine Cretinismus, insbesondere in Steiermark (75 kr.). — Piper, Zur Aetiologie der Idiotie (4 Mk. 50 Pf.). — Rohon, Untersuchungen über den Bau des Mikrocephalengehirnes (6 Mk. 40 Pf.). — Wolff, Morphologische Beschreibung eines Idioten u. eines Mikrocephalengehirnes (3 Mk.).

Herausgeber, Eigenthümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg in Wien.
Für die Redaction verantwortlich: Eugen Schwarzenberg.
Einsendungen sind an die Redaction zu richten: Wien, I., Maximilianstrasse 4.





Druck von Gottlieb Gistel & Comp. in Wien, I., Augustinerstrasse 12.

